

**Former à intervenir  
en éducation pour la santé**  
dans une démarche de

*promotion de la santé*

***guide du formateur***

## *préface*

Voilà un outil d'aide à l'action d'éducation pour la santé, exemplaire à plus d'un titre :

- par son processus de création : un travail collectif d'un groupe pluri-institutionnel et pluri-professionnel, coordonné par deux membres, l'un du collège régional, l'autre d'un comité départemental d'éducation pour la santé. C'est l'affirmation de l'existence d'une culture commune en éducation pour la santé au niveau de la région ;
- par une démarche qui utilise les concepts théoriques pour interroger l'activité de terrain ;
- par le côté pratique de l'écriture et de la disposition graphique qui fournit jusqu'aux transparents utiles pour les formateurs à qui cet outil est destiné.

Je remercie les coordinatrices de cet outil pédagogique et l'équipe régionale. Je suis sûr que les professionnels qui bénéficieront de ces formations-actions sauront y trouver les éléments nécessaires pour mieux servir les personnes.

Philippe Lecorps  
Président du Collège Régional d'Education pour la Santé de Bretagne

## sommaire

**Introduction** 5

**L'outil mode d'emploi** 6

### **1. Former en éducation pour la santé dans une démarche de promotion de la santé... quelques principes**

*Objectifs généraux et orientations pédagogiques* 7

### **2. Construire une culture commune**

*Recueillir les représentations des participants* 9

2.1 • La santé, de quoi parlons-nous ? 10

2.2 • L'éducation pour la santé, de quoi parlons-nous ? 24

### **3. Clarifier les intentions éducatives**

3.1 • La démarche éducative en santé, de quoi parlons-nous? 36

3.2 • Une démarche d'accompagnement du sujet 43

3.3 • Une démarche inscrite dans un projet de promotion de la santé 51

3.4 • Pour poursuivre la réflexion 53

### **4. Construire le projet**

*De la naissance d'une idée à la mise en oeuvre d'un projet* 54

4.1 • Identifier et faire évoluer la demande 58

4.2 • Observer, connaître et analyser la situation 61

4.3 • Rechercher des réponses possibles et acceptables 74

4.4 • Evaluer le projet 86

4.5 • Documenter le projet 103

## 5. Travailler en partenariat

5.1 • Pourquoi travailler en partenariat ?	113
5.2 • Les partenaires techniques	114
5.3 • Les partenaires institutionnels	116
5.4 • Des partenaires possibles	117

## 6. Favoriser la participation des personnes

6.1 • Pourquoi et comment favoriser la participation des personnes ?	119
6.2 • Le rôle de l'animateur	125

## 7. Financer le projet

7.1 • Connaître les différentes sources de financement	127
7.2 • Établir un budget prévisionnel	128
7.3 • Établir un dossier de demande de financement	132
7.4 • Gérer son budget	133

**Pour en savoir plus...** **134**

**Annexe ( La Charte d'Ottawa )**

# Introduction

## introduction

Un premier classeur intitulé « Éducation pour la santé et précarité, classeur pédagogique destiné aux professionnels » a été élaboré en 2000 – 2001, à la demande de la DRASS de Bretagne dans le cadre du PRAPS<sup>1</sup>.

Cet outil, coordonné par le CRES<sup>2</sup> a été construit par un groupe de professionnels<sup>3</sup> de la région travaillant auprès de personnes en situation de précarité, à partir de l'analyse de leurs pratiques professionnelles (difficultés rencontrées, réponses pratiques possibles) et de compléments théoriques apportés par Bernard Goudet, sociologue au CRES d'Aquitaine.

Au vu de son utilisation, cet outil a évolué pour comporter maintenant deux parties :

- un premier classeur intitulé « Former à intervenir en éducation pour la santé dans une démarche de promotion de la santé » utilisable dans toute formation en éducation pour la santé.
- un deuxième classeur intitulé « Former à intervenir en éducation pour la santé avec des personnes en situation de précarité », complémentaire du premier, propose un approfondissement concernant la précarité.

Ces deux classeurs constituent une contribution collective de professionnels de la région visant à favoriser le développement de projets d'éducation pour la santé en Bretagne, inscrits dans la philosophie du PNEPS<sup>4</sup> :

« L'éducation pour la santé s'inscrit dans une politique de Promotion de la santé telle que définie en 1986 dans la Charte d'Ottawa ».

« (...) Elle a pour but que chaque citoyen acquière tout au long de sa vie, les compétences et les moyens qui lui permettront de promouvoir sa santé et sa qualité de vie ainsi que celle de la collectivité. Elle s'adresse à la population dans toute sa diversité avec le souci d'être accessible à chacun (...) et de (...) réduire les inégalités sociales de santé. (...) Elle interpelle tous ceux qui, par leur profession ou mandat, exercent une influence sur la santé de la population, au travers des décisions qu'ils prennent ou des conduites qu'ils adoptent ».

Cet outil propose une démarche d'accompagnement d'équipes de terrain dans le cadre de formations-actions. Conçu dans une perspective d'évolution, il s'enrichira peu à peu des expériences de chacun pour répondre au plus près des besoins des publics.

<sup>1</sup> Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins

<sup>2</sup> Collège Régional d'Éducation pour la Santé (coordinateur - Marie Prat, médecin)

<sup>3</sup> Anne Leborgne-Briand - Chargée de projet, Comité Départemental d'Éducation pour la Santé du Morbihan

• Béatrice Breton - Chargée de projet, Comité Départemental de Prévention de l'Alcoolisme du Finistère

• Françoise Carro - Conseillère Mission locale de Loudéac

• Amélie Chantraine - Chargée de projet, Comité Départemental d'Éducation pour la Santé d'Ille-et-Vilaine

• Marie Paule Dréan - Infirmière de l'Éducation Nationale, Ille et Vilaine

• Lydie Gavard - Chargée de projet, Comité Départemental d'Éducation pour la Santé des Côtes d'Armor

• Marcel Jaffré - Responsable du Service Promotion de la Santé de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie du Morbihan

• Michèle Landuren - Chargée de projet, Comité Départemental d'Éducation pour la Santé du Finistère

• Christine Latimier - Médecin, Commission Locale d'Insertion d'Hennebont

• Régine Lementec - Responsable du Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie de Lorient

• Armelle Lescouet - Conseillère Mission Locale d'Auray

• Carla Lorenzoni - Animatrice à la Maison Verte, Rennes

• Christiane Olivier-Tanguy - Conseillère en économie sociale, CAF du Finistère

• Marie Noëlle Samson-Salün - Infirmière, Conseil Général des Côtes d'Armor

• Dominique Riquier - Responsable de l'association ULAMIR AULNE à Chateaufort du Faou

• Catherine Yver - Médecin de l'Éducation Nationale, Ille-et-Vilaine

<sup>4</sup> Plan National d'Éducation pour la Santé, 28 février 2001

### **Quelles finalités ?**

Ce classeur a pour objectif d'outiller les formateurs en éducation pour la santé dans la mise en place et la réalisation de formations et d'accompagnements méthodologiques.

### **Le contenu du classeur**

► Ce premier classeur « Former à intervenir en éducation pour la santé dans une démarche de Promotion de la santé » rassemble les éléments d'une formation de base en éducation pour la santé :

- les concepts de Santé, Promotion de la santé, Éducation pour la santé ;
- la démarche éducative en santé ;
- la méthodologie de projet en éducation pour la santé.

► Il est divisé en plusieurs chapitres qui contiennent chacun :

- des propositions d'animation utilisables dans le cadre d'une formation (documents de travail à distribuer, références d'outils) ;
- des éléments permettant un recentrage théorique à utiliser en complément des animations (textes et transparents) ;
- des références bibliographiques pour compléter la réflexion (articles à distribuer, bibliographie).

### **Pour aller plus loin**

Un deuxième classeur « Former à intervenir en éducation pour la santé avec des personnes en situation de précarité » propose en complément de ce premier classeur des éléments de connaissance, de compréhension et d'aide à l'action sur les particularités de la précarité.

### *Objectifs généraux et orientations pédagogiques*

Compte-tenu de la définition de l'éducation pour la santé citée en introduction, toute formation en éducation pour la santé devrait respecter un certain nombre de principes. Nous énonçons ces principes ci-après afin de guider les formateurs dans la conception et mise en œuvre de leurs formations en éducation pour la santé. Nous sommes bien conscients que des contingences particulières peuvent freiner le respect de ces principes. C'est pourquoi, ce guide peut être pour le formateur un outil de questionnement de sa pratique pour s'efforcer d'être progressivement en accord avec ces principes qui fondent une formation en éducation pour la santé.

#### **Les objectifs généraux**

▶ **Se référer à la Charte d'Ottawa**, c'est-à-dire dépasser une approche biomédicale de la santé et de l'éducation pour la santé

▶ **Viser le développement chez les stagiaires d'un processus d'acquisitions de compétences** dans 3 domaines qui doivent être articulés :

- celui du « savoir » issu des connaissances médicales, des sciences humaines et sociales ;
- celui du « savoir-faire » : méthodologie, techniques et outils d'intervention ;
- celui du « savoir-être » : aptitude à l'écoute, capacité d'adaptation.

▶ **Prévoir une intégration équilibrée, et non une simple juxtaposition, des différentes disciplines auxquelles se réfère l'éducation pour la santé**

Le processus de formation devrait privilégier des allers et retours entre l'éclairage théorique et les mises en pratique. L'étayage théorique s'appuie sur une référence équilibrée de ces différentes disciplines (épidémiologie, psychologie, sociologie, anthropologie, sciences de l'éducation) afin que le stagiaire puisse intégrer les apports spécifiques de chacune d'elles.

#### **Les orientations pédagogiques**

▶ **Analyser la demande pour pouvoir construire un projet de formation adapté**

L'analyse de la demande (ou de la commande institutionnelle) représente une étape essentielle pour faire coïncider le projet du demandeur, les valeurs spécifiques de l'éducation pour la santé et l'offre de formation. Un temps de négociation est toujours nécessaire avec le demandeur pour construire des objectifs et orientations de formation qui répondent à la demande mais aussi respectent les valeurs de l'éducation pour la santé.

► **Débuter le processus de formation par un recueil des attentes et expériences des participants et par un travail sur leurs représentations mentales de la santé et de l'éducation pour la santé**

Le recueil des attentes permet de mieux répondre aux préoccupations de stagiaires et donc de favoriser leur implication. L'exploration des représentations contribue à une évolution des perceptions de chacun pour trouver des points de convergence entre les membres du groupe sur les valeurs qui fondent une démarche en éducation pour la santé.

► **Mettre en place une démarche pédagogique participative et impliquante**

Les stagiaires doivent être partie prenante à toutes les étapes du processus de formation. En effet, il est important de suivre en formation la même démarche que celle recommandée dans les actions d'éducation pour la santé ; en appliquant à la formation en éducation pour la santé une démarche participative, les chances, qu'une fois sur le terrain, ces acteurs mettent en œuvre la même démarche, s'accroissent. « Le modèle éducatif mis en œuvre par les acteurs de l'éducation pour la santé sera sur le modèle de la formation qu'ils auront reçue ».<sup>1</sup>

► **Articuler dans le processus de formation les 3 niveaux :**

« une réflexion sur les valeurs qui fondent l'éducation pour la santé (**niveau éthique**), son étayage scientifique (**niveau théorique**), son utilité pratique dans le cadre d'une mise en action de ce qui a été acquis (**niveau méthodologique**) »<sup>2</sup>

► **Distinguer les différentes fonctions parmi les formateurs :**

« **Le formateur** garantit le bon déroulement du processus, il accompagne la démarche des étudiants. **Des experts** peuvent être sollicités à certains moments pour faire bénéficier le groupe d'un apport théorique ou méthodologique particulier ».<sup>3</sup>

► **Illustrer l'interdisciplinarité de l'éducation pour la santé en prévoyant une équipe pluri-professionnelle de formateurs et experts**

En effet, la représentation dans les formations de différents métiers concernés par l'éducation pour la santé permet d'illustrer le décloisonnement nécessaire à toute action d'éducation pour la santé.

► **Mettre en place une évaluation de la formation qui soit en cohérence avec les objectifs et modalités de celle-ci**

Par exemple une formation centrée sur une articulation des 3 dimensions savoir, savoir-être, savoir-faire, ne peut s'appuyer sur une grille d'évaluation de contrôle des connaissances.

<sup>1 2 3</sup> FERRON C. Développer la formation en éducation pour la santé. Objectifs et stratégies. Vanves. CFES, 1999, pp. 17-19.



### *Recueillir les représentations des participants*

Il semble essentiel pour les promoteurs d'une action de consacrer une étape initiale à une réflexion sur les représentations de la santé et des risques pour la santé, sur les valeurs et les finalités visées, sur les raisons et les façons de mettre en œuvre un projet.

*Si l'objectif général du programme est connu et partagé par tous les membres de l'équipe et les responsables des structures qui le mènent, la question des valeurs qui sous-tendent ce programme est rarement discutée. Or, en matière de prévention et de promotion de la santé, un même objectif peut recouvrir des visions très différentes de ce qu'est la santé, la sexualité, l'insertion sociale, de ce que la société demande aux jeunes, aux citoyens... Chaque acteur de santé a ses propres réponses... Débattre de ces questions est fondamental et devrait être fait au démarrage du programme.*

NOCK F.. *Petit guide de l'évaluation en Promotion de la Santé*. Paris : Mutualité Française, 2000, p. 21.

Nous proposons dans les pages suivantes des animations permettant de construire une culture commune à partir des interrogations personnelles de chacun sur ses propres perceptions, impressions, émotions, idées, conceptions, raisonnements... en les confrontant à celles des autres partenaires.

**Il sera intéressant de noter les définitions (ou mots-clés) retenues par le groupe sur un paper-board, de les afficher à chaque séance de travail afin de pouvoir s'y référer continuellement.**

## 2.1 La santé, de quoi parlons-nous ?

*l'ère animation*

### **Le recueil des représentations des participants à partir d'un exercice collectif**

- ▶ En sous-groupes, à partir de la liste de définitions suivantes, retenir une définition et faire apparaître les points forts et les points faibles s'y rapportant (*remettre la liste des définitions p.11*).
- ▶ En grand groupe, mettre en commun les travaux des sous-groupes (sur paperboard).

Chaque groupe présente la définition retenue et argumente son choix. L'animateur pointe ce qui est commun, ce qui s'oppose, ce qui se recoupe. Il s'agit de mettre en relief la pluralité des définitions du mot santé.

## La santé, de quoi parlons-nous ?

---

### Définitions de la Santé

« La Santé est la capacité à surmonter les crises ». (CANGUILHEM)

« La Santé est la capacité que possède tout homme de s'affirmer face au milieu ou de prendre la responsabilité de sa transformation ». (ILLICH)

« Santé : bon état physiologique, un fonctionnement régulier et harmonieux de l'organisme humain pendant une période appréciable, un équilibre et une harmonie de la vie psychique ». (Petit Robert).

« La santé, c'est la vie dans le silence des organes ». (LERICHE).

« Santé : état de celui qui est sain, qui se porte bien : ménager sa santé, état habituel d'équilibre de l'organisme : santé délicate ». (LAROUSSE)

« L'homme sain, c'est celui qui est capable de riposter à un monde complexe et mouvant, qui peut inventer à chaque instant de nouvelles normes de conduite, qui s'ajuste moins au monde qu'il n'est capable de le modifier ». (BASTIDE)

« D'un point de vue physiologique, la santé c'est avoir tel poids, telle mesure, telle capacité visuelle, auditive, respiratoire... C'est donc correspondre à des normes du fonctionnement physique et biologique.

D'un point de vue psychologique, la santé, c'est correspondre à la normalité avec ses caractéristiques ». (STEICHEN).

« La santé est une adaptation complète au milieu de vie, une capacité de faire face aux divers facteurs de l'environnement, la maladie étant une réponse inadéquate au changement du milieu ». (DUBOS)

« L'autogestion de la santé devrait devenir un style de vie, en harmonie avec la culture et les aspirations des gens. Une fois c'est objectif atteint, les activités d'autogestion de la santé deviendront un mouvement grâce auquel les gens parviendront à se soigner. Le succès de leur expérience sera la preuve même que la santé est considérée par la collectivité comme un bien précieux.

Cet objectif ne saurait être atteint sans un engagement personnel de la part de la population comme agents de santé ». (RAMAKRISHNA)

## Grille de repérage des représentations de la santé des professionnels

### Objectif

- ▶ Appréhender les représentations de la santé des professionnels associés ou à associer à un projet.

### Présentation

Une représentation est toujours constituée par l'interaction dynamique d'éléments :

- cognitifs (ce que je sais) ;
- affectifs (ce que j'aime) ;
- conatifs (ce qui me vient de l'environnement).

La constitution d'une représentation va influencer les attitudes, les préjugés, les comportements, les stéréotypes...

Par ailleurs, on peut classer les représentations de la santé selon la classification de l'OMS (ce qui se rapporte au physique, ce qui se rapporte au mental, ce qui se rapporte au social).

### Déroulement

- ▶ Lors d'une rencontre avec les professionnels, on propose de remplir les deux parties du tableau à partir d'un brainstorming sur le thème de la santé.

Eléments cognitifs	Eléments affectifs	Eléments conatifs
Ce qui se rapporte au physique	Ce qui se rapporte au moral	Ce qui se rapporte au social

### Avantages

- ▶ Participatif ;
- ▶ Favorise l'échange, l'interconnaissance ;
- ▶ Permet d'aborder le concept de santé.

### Limites

- ▶ Réductrice ;
- ▶ Effets d'influence dans le groupe (leader...).

### Conseils s'utilisation

- ▶ Pour provoquer la réflexion sur les représentations ;
- ▶ Pour aborder collectivement le concept de santé globale ;
- ▶ Cette grille peut être utilisée pour classer les expressions lors d'une séance de photolangage.

TULEU F., BRIXI O. *Santé Précarité : outil d'aide à l'action*. Vanves : CFES, 1997, pp. 57-58.

### Le Photolangage

#### Objectifs

- ▶ Permettre à un groupe d'exprimer ses représentations sur un thème (ici la santé) par le biais d'un outil qui favorise l'expression orale.
- ▶ Faciliter la prise de parole de chaque membre du groupe à partir des aspects suivants :
  - sa connaissance ;
  - ses attitudes et ses valeurs ;
  - sa pratique et son expérience.

#### Présentation

Un Photolangage© est constitué d'un ensemble de photographies numérotées variées qui représentent des groupes, des individus, des situations, de paysages ou des lieux de vie. Il existe différentes formes de photolangage et on peut le composer soi-même. L'animateur présente les objectifs, précise les modalités d'utilisation de cet outil et régule les prises de parole.

#### Déroulement

▶ Disposer sur une table l'ensemble des photographies de manière à ce que les membres du groupe (12 pour des conditions favorables de travail) puissent tourner autour et procéder au choix d'une photo.

▶ Énoncer clairement les consignes en insistant sur l'importance et la nécessité de les respecter :

**1)** « Chacun va choisir silencieusement la photo qui, pour lui, représente le mieux la santé ; vous pouvez bouger les photos, les comparer, mais vous devez les laisser sur la table pour qu'elles soient visibles par tous ; pour retenir la photo que vous avez choisie, notez son numéro ; le choix est individuel, je vous demande de ne pas communiquer entre vous afin de minimiser les effets d'influence ; il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises photos ; notre objectif est de découvrir notre représentation collective de la santé ».

**2)** « Lorsque vous avez choisi une photo, vous pouvez retourner vous asseoir et éventuellement noter sur un papier les quelques arguments qui ont orienté votre choix ; ensuite, à tour de rôle, chacun exprimera les raisons de son choix ; il n'y a pas de commentaires de la part du groupe ni de débat ; toutes les idées sont recevables dès lors qu'elles s'inscrivent dans un contexte de respect d'autrui ; nous ne sommes pas à la recherche d'une vérité mais simplement de nos représentations ; si deux personnes ont choisi la même photo, nous les écouterons chacune à leur tour ».

Temps de choix : entre 10 et 15 minutes

## La santé, de quoi parlons-nous ?

- ▶ Phase de restitution et d'écoute de chacun. Si le public n'est pas gêné par l'écrit, l'animateur peut noter les expressions au tableau en les classant dans différents types de grilles (voir p. 12). Il peut aussi utiliser un classement en trois dimensions :
  - éléments liés à la connaissance sur la santé ;
  - éléments liés aux valeurs sur la santé ;
  - éléments liés aux pratiques en santé.

- ▶ A l'issue de la séance, le groupe dispose d'une vision globale de ses représentations de la santé. Chaque membre du groupe a pu s'exprimer. Ce « cliché » du groupe permet à l'animateur d'évaluer les dimensions sur lesquelles il doit insister en fonction de ses objectifs pédagogiques et de l'état des représentations du groupe.

### **Avantages**

- ▶ Le Photolangage© permet à chacun de s'exprimer indépendamment de son niveau de connaissance ;
- ▶ Il aide l'animateur à se mettre à l'écoute des participants et ceux-ci auront plus de facilité à s'approprier le thème de travail (ici la santé) ;
- ▶ Lorsqu'il s'agit d'un premier contact, cet outil favorise grandement la dynamique de groupe ;
- ▶ La rigueur des consignes permet à chacun de s'exprimer, de se mobiliser et de participer en ayant la garantie d'être écouté avec respect et sans jugement de valeur.

### **Limites**

- ▶ Le recueil et la restitution des propos dépendent de la capacité de l'animateur à entendre et écouter le plus objectivement possible ce que dit le groupe ;
- ▶ Favoriser l'expression et la parole d'un groupe sur la santé peut faire émerger des souffrances ou des demandes d'aide liées à des situations personnelles (d'où l'importance de préciser clairement le cadre, les objectifs de travail et de faire respecter les consignes).

### **Conseils d'utilisation**

- ▶ Le Photolangage© s'utilise en groupe restreint (entre 12 et 15 personnes) ;
- ▶ Il représente un outil pertinent au cours d'une phase de diagnostic pour recueillir l'expression et le ressenti des participants ;
- ▶ Le Photolangage© peut aussi être utilisé en formation afin de sensibiliser des professionnels à une approche globale de la santé ;
- ▶ C'est un outil idéal pour des groupes ayant des difficultés d'expression ou de mobilisation (populations démunies ou fragilisées) ;
- ▶ Il importe que des actions soient mises en œuvre à la suite de cette séance car un travail sur les représentations fait forcément émerger des attentes voire des demandes au sein d'un groupe.

## La santé, de quoi parlons-nous ?

### *recentrage théorique*

#### **L'animateur recentre la question, en insistant et en développant les points suivants :**

##### ▶ **La difficulté de définir de manière univoque le concept de santé**

On peut le faire à partir de différentes approches :

- à partir de l'observation des différents modèles de santé : le modèle curatif prédominant en France et le modèle global ;
- en complétant éventuellement avec la présentation des trois termes anglais utilisés pour exprimer le mot santé ;
- au regard de l'évolution des définitions : la santé est une entité très complexe (silence des organes, absence de maladie, équilibre des humeurs, osmose avec le milieu, ensemble de sécurités dans le présent et d'assurances dans l'avenir...).

##### ▶ **L'intérêt et les limites de la définition de l'OMS**

La santé y est décrite comme un état complet de bien-être physique, mental et social. Elle ne devrait pas être prise mot à mot mais plutôt comme une direction donnée. La santé est plus que la santé physique, plus que l'absence de maladie, c'est une sensation de bien être. La santé a une dimension sociale, psychologique et pour certaines cultures une dimension spirituelle. Cette définition est à resituer dans un contexte : l'optimisme d'après la seconde guerre mondiale, la santé vécue comme une contribution à la paix, la santé faisant partie d'une vision plus vaste d'une bonne société.

Cependant cette définition comporte des limites :

- vision statique (état). La santé est quelque chose qui évolue tout au long de la vie, quelque chose à construire en permanence...
- vision utopique... dans l'interaction entre l'individu et son milieu.

##### ▶ **Les principaux déterminants de la santé d'un individu : les facteurs biologiques, environnementaux (physiques et sociaux), les modes de vie, les facteurs psychiques**

##### ▶ **Présenter la définition de la Charte d'Ottawa** (*transparent p. 23 et annexe*)

Il ne s'agit ici plus d'une santé « observée » mais d'une santé « vécue » dans toutes ses dimensions, non plus un état mais une dynamique, un processus qui évolue tout au long de la vie.

Après une approche statique et négative (rester en bonne santé) nous envisageons aujourd'hui une démarche de promotion de la santé.

#### **Se mettre d'accord sur un sens commun au groupe**

La définition retenue sera notée sur le paper-board et restera affichée lors des rencontres suivantes pour permettre de s'y référer continuellement.

## **Les 2 modèles de Santé (d'après BURY)**

### **Dans le modèle médical**

- ▶ La maladie est principalement organique ;
- ▶ Elle n'affecte que l'individu ;
- ▶ Elle doit être diagnostiquée et traitée sur un mode surtout curatif ;
- ▶ Par des médecins ;
- ▶ Dans un système organisé autour d'hôpitaux.

### **Dans le modèle global**

- ▶ La maladie est un phénomène complexe qui résulte de facteurs organiques, mais aussi individuels et sociaux ;
- ▶ Elle affecte l'individu, sa famille et son environnement ;
- ▶ Elle demande une continuité de la prévention à la réadaptation ;
- ▶ Elle est prise en charge par divers professionnels de la santé qui travaillent en concertation ;
- ▶ Dans un système ouvert et interdépendant avec la communauté.



La santé, de quoi parlons-nous ?

---

**Disease** : La maladie repérée par une anomalie de fonctionnement des organes ;

**Illness** : La maladie telle qu'elle est perçue, ressentie par l'individu ;

**Sickness** : La maladie dans sa dimension sociale (la qualification de malade qui va être reconnue par la société).

## **La Santé : évolution des définitions**

### **Une définition négative**

« La santé c'est l'absence de maladie ».

### **Une définition positive et utopique**

« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité ».  
OMS art.1 (1946)

### **Un rapport dynamique à l'environnement**

« La vie peut être considérée comme un rythme continu d'interactions, un état d'équilibre instable et le bien-être qui en est l'interprétation n'est jamais qu'un état passager à reconquérir sans cesse. Le potentiel d'énergie qui maintient et qui est capable de rétablir à tout moment l'équilibre de bien-être sans cesse menacé d'un organisme soumis à chaque instant aux agressions de son environnement et à ses besoins d'adaptation interne ou externe est un phénomène essentiellement dynamique : la santé ».

COTTON (1982)

## **Santé, Education pour la Santé et Promotion de la Santé - évolution des concepts**

### **Milieu du 19<sup>ème</sup> siècle jusqu'à la 2<sup>ème</sup> guerre mondiale**

- ▶ Problème des maladies infectieuses ;
- ▶ Courant hygiéniste de l'éducation pour la santé (« prescription » de règles d'hygiène).

### **L'après-guerre**

- ▶ Les progrès de la médecine ;
- ▶ 1945 : Instauration de la sécurité sociale ;
- ▶ Apogée du curatif (modèle bio-médical) ;
- ▶ Esquisse du 1er système préventif français ;
- ▶ Approche « humaniste » de l'éducation pour la santé (apport d'informations et appel à la responsabilité).

### **Les années 50**

▶ Tournant épidémiologique (on meurt moins de maladies infectieuses mais davantage de maladies de « civilisation »).

### **Les années 70**

▶ Premières grandes campagnes nationales de prévention (Tabac) ;

▶ Influence du Québec : politique de santé communautaire (prise en compte du cadre de vie et approche participative) ;

▶ Alma-Ata (1978) : politique des soins de santé primaire (prise de conscience que l'état de santé dépend de multiples facteurs).

## **Les années 80**

- ▶ Concept de « promotion de la santé » apparaît en France (référence à la dimension sociale de la santé) ;
- ▶ Fin des années 80 : le sida devient un problème prioritaire de santé publique (la prévention est placée au centre des débats) ;
- ▶ 1986 : La Charte d'Ottawa ;
- ▶ Développement des actions santé en direction des populations précarisées (imbrication du sanitaire et du social).

## **Les années 90**

- ▶ 1994 : Rapport « la santé en France » (plus on est pauvre, plus on est malade, plus on meurt jeune) ;
- ▶ Conférences régionales de santé et Programmes régionaux de santé.

## **Les déterminants de la Santé**

- ▶ facteurs biologiques ;
- ▶ facteurs d'environnement physique ;
- ▶ facteurs psychiques ;
- ▶ facteurs d'environnement social ;
- ▶ facteurs culturels et religieux ;
- ▶ facteurs économiques ;
- ▶ facteurs politiques et administratifs.

## **Une démarche de Promotion de la Santé**

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

Charte d'Ottawa (1986)

## 2.2 L'éducation pour la santé, de quoi parlons-nous ?

*animation*

### **Recueil des représentations des participants à partir d'un exercice collectif**

- ▶ Individuellement, chaque participant réfléchit et se positionne sur une affirmation en argumentant les points d'accord et de désaccord (*remettre à chaque participant la définition de l'éducation pour la santé, p. 25, ou une affirmation, p. 26*).
- ▶ Mise en commun sur paper board : chaque participant présente son point de vue, l'animateur pointe les divergences et les convergences.
- ▶ Possibilité de travailler aussi en sous groupe avec une affirmation par sous-groupe.
- ▶ Possibilité de travailler sur toutes les affirmations dans chaque sous-groupe.



L'éducation pour la santé, de quoi  
parlons-nous ?

---

« L'éducation pour la santé, aujourd'hui n'a plus simplement pour objectif de modifier comportements et habitudes générateurs de problèmes de santé... elle est une des dimensions privilégiées de la promotion de la santé et un des moyens nécessaires à la réduction des inégalités dans ce domaine ».

POUS J. Préface. In : BAUDIER F. *L'éducation pour la santé, guide pratique*. Besançon : CODES 25, 1987, p. 9.

## **Exemples d'affirmations à discuter**

« Les campagnes que vous faites à la télé sont trop molles. Vous devriez montrer des images qui font peur, des personnes en train de mourir d'un cancer ou paralysées à la suite d'un accident ».

« L'éducation, ça ne sert à rien. Les gens, on ne les changera pas. Ce qu'il faut, c'est plus de flics sur les bords de la route ».

« Arrêtez de nous faire la morale ! À vous entendre, il faudrait renoncer à fumer, à boire, à bien manger, à faire l'amour ; autant mourir tout de suite ! ».

« De quel droit dites-vous aux gens ce qu'ils doivent faire ? L'éducation, c'est bon pour les enfants ».

### L'animateur recentre la question en insistant sur les points suivants :

▶ **Education et santé se conjuguent dans plusieurs formules qui recouvrent des traditions différentes : éducation sanitaire, éducation à la santé, éducation pour la santé** (*transparent p. 29, dococument à distribuer p. 30*).

**L'éducation sanitaire** définit l'action d'induction de comportements dont il est prouvé qu'ils sont favorables à la santé (exemple : se brosser les dents). Dans ce contexte, ce sont les professionnels de santé qui détiennent les modèles de comportement, ils placent leur savoir en position de pouvoir.

**L'éducation à la santé** couvre un champ plus large où prend place la santé au sens de l'OMS, bien-être physique, psychique et social. Mais la formule laisse entendre que le projet de santé est prédéterminé par les professionnels (sur des critères objectifs de santé observée).

**L'éducation pour la santé** n'est pas une affaire de simple information sur les risques. Au-delà des conditions d'hygiène, une amélioration de la santé des personnes ne peut se faire sans leur participation. Les comportements qui ont un effet sur la santé n'ont pas de but intentionnel. Il ne s'agit pas seulement de bonne ou de mauvaise volonté personnelle. C'est une éducation qui tend à valoriser l'autonomie, le bien-être, la responsabilité individuelle et collective selon une démarche qui intègre les demandes des personnes et respecte les fondements culturels de leurs conduites de vie. L'éducation pour la santé signifie que l'éducateur travaille pour la santé de « l'éduqué » en s'assurant que celui-ci joue un rôle actif. Ce rôle s'exerce dès la définition des objectifs de santé, faisant une place à la subjectivité des personnes. Dans ce sens, l'éducation pour la santé s'inscrit dans la tradition de la promotion de la santé telle qu'elle est définie par la charte d'Ottawa.

▶ **La dimension éducative de l'éducation pour la santé : l'éducation fait référence au « savoir être »** (*transparent p. 31*)

▶ **Education et promotion de la santé : l'éducation pour la santé est un outil au service de la promotion de la santé définie dans la charte d'Ottawa** (*transparents p. 32, 33*)

▶ **Pour conclure... les définitions du Programme National d'Éducation Pour la Santé de Brigitte Sandrin-Berthon et de Philippe Lecorps** (*transparents p. 34, 35*)

## **Les limites d'une approche basée uniquement sur la transmission d'information**

### **Ses caractéristiques**

- ▶ apport d'informations ;
- ▶ pédagogie de la peur ;
- ▶ fait appel à la responsabilité vis-à-vis de soi-même

### **Ses difficultés**

- ▶ pas de relation de causalité directe entre un comportement et une pathologie ;
- ▶ le fait d'être informé ne suffit pas pour influencer les attitudes et comportements ;
- ▶ touche un public déjà acquis.

L'éducation pour la santé, de quoi  
parlons-nous ?

---

## **Les approches en éducation pour la santé**

- ▶ l'éducation sanitaire ;
- ▶ l'éducation à la santé ;
- ▶ l'éducation pour la santé.

## Evolution des idées et des approches en éducation pour la santé

### ► Une approche informative : éducation sanitaire

« Semer des idées saines ; lutter contre l'ignorance, les idées fausses, les préjugés ; diffuser les notions que tout individu, dès l'adolescence, doit posséder sur les questions de santé ; contribuer par là à préparer à la vie et à la vie saine, à la joie de vivre ».

P. Delore, en 1942

Il est de la responsabilité des professionnels, forts de la légitimité des sciences et des techniques, de transmettre leur savoir à la population.

### ► Une conception volontariste et persuasive : éducation à la santé

« Une action exercée sur les individus pour les amener à modifier leur comportement. D'une manière générale, elle vise à leur faire acquérir et conserver des saines habitudes de vie, à leur apprendre à mettre judicieusement à leur profit les services sanitaires qui sont à leur disposition et à les conduire à prendre eux-mêmes isolément et collectivement les décisions qu'impliquent l'amélioration de leur état de santé et de la salubrité du milieu où ils vivent ».

Rapport technique de l'OMS, en 1969

Il faut tout mettre en oeuvre pour obtenir les changements de comportements jugés nécessaires à l'amélioration de la santé publique.

### ► Une démarche d'accompagnement : éducation pour la santé

« L'éducation pour la santé, pour nous, est un acte d'accompagnement de l'homme dans ses trois dimensions :

- de sujet individuel désirant et contradictoire ;
- de sujet inséré dans une culture qui le modèle et le contraint ;
- de sujet politique collectivement responsable et à la fois dépossédé des choix de société qui conditionnent la qualité de la vie ».

P. Lecorps, en 1989

Qui permet aux individus et aux groupes de trouver par eux-mêmes des solutions aux difficultés qu'ils rencontrent.

## Éducation

« Action de développer les facultés physiques, intellectuelles et morales ».

Larousse

« Mise en oeuvre des moyens propres à assurer la formation et le développement d'un être humain ».

Petit Robert

« Quelles que soient les différences de taille, de couleur ou de statut social, chacun doit avoir accès, sans restriction, à la possibilité de se construire. La fonction première d'une société est d'éduquer, c'est-à-dire de faire prendre conscience à chacun qu'il peut choisir un destin et s'efforcer de le réaliser. Il ne s'agit pas de fabriquer des hommes tous conformes à un modèle, ayant tous appris les mêmes réponses, mais des personnes capables de formuler de nouvelles questions ».

Albert J. *L'égalité comme source de richesse.*  
Le monde diplomatique. Mai 1988, p. 19.

## Différents niveaux d'action de la Promotion de la Santé

### Charte d'Ottawa (cadre de référence)

- ▶ « élaborer une politique saine » (législation, réglementation) ;
- ▶ « créer des milieux favorables » (environnement physique, loisirs, travail, logement...);
- ▶ « renforcer l'action communautaire » (participation de la population à la définition des priorités, à la prise de décision et à l'action) ;
- ▶ « développer les aptitudes personnelles » (cf. éducation en général, éducation pour la santé...);
- ▶ « réorienter les services de santé » (ex : au-delà de la prestation des soins).

### Niveaux d'action

- ▶ **axe politique** (décisions, réglementation) ; interpeller le politique (ex : la mairie) ;
- ▶ **axe environnemental** (action sur le milieu, le quotidien) ;
- ▶ **axe communautaire** (favoriser l'action collective faisant intervenir différents groupes de la communauté) ;
- ▶ **axe éducatif** (aider au développement des aptitudes... et non se braquer sur la modification des comportements dans le « bon sens » !) ;
- ▶ **axe institutionnel** (interpeller les institutions).



« L'éducation pour la santé s'inscrit dans une politique de promotion de la santé telle que définie ... en 1986, dans la Charte d'Ottawa ».

« ... Elle a pour but que chaque citoyen acquière tout, au long de sa vie les compétences et les moyens qui lui permettront de promouvoir sa santé et sa qualité de vie ainsi que celle de la collectivité. Elle s'adresse à la population dans toute sa diversité avec le souci d'être accessible à chacun et de ... réduire les inégalités sociales de santé ... et interpelle tous ceux qui par leur profession ou leur mandat, exercent une influence sur la santé de la population, au travers des décisions qu'ils prennent ou des conduites qu'ils adoptent. »

Plan National d'Éducation Pour la Santé, février 2001.

« L'éducation pour la santé a pour but de faciliter la rencontre entre les compétences des professionnels de santé et les compétences de la population : de cette rencontre naissent de nouvelles compétences qui contribuent à rendre plus autonomes les partenaires de l'action éducative. La connaissance scientifique de l'être humain ne trouve son sens qu'en étant confrontée à la connaissance que les gens ont d'eux-mêmes et de leur réalité de vie. L'éducation pour la santé vise donc l'amélioration des relations humaines plutôt que la modification de comportements. »

B. Sandrin-Berthon, intervention au conseil scientifique du CFES,  
le 19 janvier 1995.

L'éducation pour la santé, de quoi  
parlons-nous ?

---

« L'éducation pour la santé est un acte d'accompagnement de l'homme pris dans ses trois dimensions : de sujet individuel désirant et contradictoire, de sujet inséré dans une culture qui le modèle et le contraint , de sujet politique, collectivement responsable et tout à la fois dépossédé des choix de société qui conditionnent la qualité de la vie ».

P.Lecorps, Actes du Colloque CYES, Versailles, 1989.

## 3.1 La démarche éducative en santé, de quoi parlons nous ?

*animation*

**Objectif :** clarifier les représentations de l'éducation du groupe. Il n'y a ni bonne ni mauvaise réponse.

### **Première étape : recueil des représentations des participants à partir d'un exercice collectif**

▶ Individuellement, à partir des définitions proposées (*document à distribuer p. 37*), chaque participant choisit deux définitions les plus proches de sa conception de l'éducation.

### **Deuxième étape : mise en commun**

- ▶ Pour chaque définition, l'animateur calcule le score général du groupe.
- ▶ Classement des différentes attitudes éducatives avec le groupe (*document à distribuer p. 38*). Les différentes approches sont en fait complémentaires. L'éducateur peut être amené à utiliser l'une ou l'autre approche dans la démarche éducative selon les moments et les objectifs éducatifs.

La démarche éducative en santé, de quoi parlons-nous ?

---

### **Selon vous, éduquer c'est ...**

- 1) Eduquer, c'est savoir attendre.
- 2) Eduquer, c'est inculquer le sens du devoir.
- 3) Eduquer, c'est permettre aux possibilités d'une personne de se révéler.
- 4) Eduquer, c'est laisser faire.
- 5) Eduquer, c'est apporter les conditions qui faciliteront l'apprentissage de bonnes habitudes.
- 6) Eduquer, c'est donner l'exemple.
- 7) Eduquer, c'est communiquer en profondeur avec une personne pour l'aider à communiquer avec elle-même.
- 8) Eduquer, c'est savoir se taire.
- 9) Eduquer, c'est instruire.
- 10) Eduquer, c'est dresser.
- 11) Eduquer, c'est révéler les valeurs essentielles.
- 12) Eduquer, c'est entraîner à obéir.
- 13) Eduquer, c'est accompagner les démarches tâtonnantes des personnes pour qu'elles prennent davantage de hardiesse et de sécurité.
- 14) Eduquer, c'est présenter les modèles de comportements fondamentaux.
- 15) Eduquer, c'est apporter les contraintes immédiates qui réfrènent les instincts et les pulsions anarchiques.
- 16) Eduquer, c'est provoquer inlassablement.
- 17) Eduquer, c'est aider progressivement une personne à affronter son angoisse et s'ouvrir aux autres.
- 18) Eduquer, c'est savoir bousculer.
- 19) Eduquer, c'est faire confiance.
- 20) Eduquer, c'est s'éduquer.

Q. Sort, Peretti (INRP, 1986) in : *Les chemins de la Pédagogie*, Tilman B. et Grootaers D. Lyon : Chronique Sociale, 1994.

## Selon vous, éduquer c'est ...

- ▶ **Attitude expectative** : items 1, 4, 9 et 19. Il existe une dynamique interne au sujet qui si on la laisse s'exercer, entraînera le développement de la personne. Confiant dans les capacités de l'individu à s'auto-éduquer, l'éducateur renonce à toute volonté interventionniste.
- ▶ **Attitude de symbiose** : item 20. La relation éducative est perçue comme permettant à chacun de s'épanouir et de progresser. L'acte éducatif est conçu comme une aide à autrui.
- ▶ **Attitude psychologisante** : items 3, 7, 13 et 17. La relation éducative prend en compte la dimension affective de l'individu. L'apprenant a un potentiel, prêt à s'épanouir, qui a besoin d'être révélé à lui-même.
- ▶ **Attitude d'intervention ferme** : items 16 et 18. L'éducateur doit secouer psychologiquement l'apprenant, parce que ce dernier est prisonnier d'un mode de comportements.
- ▶ **Attitude instructive** : item 9. L'éducation passe par le développement de l'intelligence et des connaissances.
- ▶ **Attitude moralisante** : items 2, 6, 11 et 14. L'éducateur cherche à faire adopter des valeurs et des comportements dont il est convaincu.
- ▶ **Attitude de contrôle** : items 5, 10, 12 et 15. Les êtres non-éduqués sont soumis à des pulsions internes négatives qu'il s'agit d'encadrer, de dompter. Il s'agit de contraindre l'individu à adopter certaines conduites.

### **La démarche éducative en santé prend appui sur un certain nombre de concepts :**

#### ▶ **Le processus de santé**

La santé est considérée comme un processus vital assurant la mise en œuvre d'un potentiel de ressources permettant de faire face aux situations de la vie et de développer, tout au long d'une histoire personnelle et sociale, des capacités d'adaptation, de confrontation, de réaction, d'innovation qui soutiennent l'engagement dans la vie de chacun.

Parler de processus vital inscrit la santé vécue dans une histoire de personne en rapport avec son milieu de vie.

Parler de potentiel de ressources implique la possibilité de promouvoir, accroître ou inversement, amputer, amoindrir, freiner le développement de ces ressources vitales. Il y a donc nécessité d'accompagnement et possibilité d'action.

#### ▶ **Les composantes de la santé**

Une approche globale – bio-psycho-sociale – met en évidence trois grandes composantes de la santé :

- des ressources organiques ;
- des ressources psychiques ;
- des ressources sociales.

Dans un itinéraire de vie se développe un ensemble de ressources qui sont indissolublement organiques, psychiques et sociales.

#### ▶ **Les trois composantes du processus de santé**

La première est l'adaptation de l'organisme biologique à l'environnement physique dans lequel il évolue. C'est le domaine du « **ce que je fais** » où la santé s'expérimente comme la capacité à faire.

La seconde est celle de la socialisation active permettant à la personne qui vit dans un organisme biologique de se situer activement dans un environnement social, culturel, économique, en y prenant sa place propre. Ceci suppose qu'elle réagisse à ce qui lui est donné, innove, soit actrice. C'est le domaine de l'exercice des rôles sociaux qui définit « **ce que je suis** » pour les autres, aux yeux du monde qui m'entoure. La santé s'expérimente alors comme la capacité à exister socialement, à se voir reconnues une place et une utilité sociale.

## La démarche éducative en santé, de quoi parlons nous ?

3.1

### *recentrage théorique*

La troisième est celle de l'autonomisation de l'individu permettant la construction du sujet, l'affirmation d'une identité autonome, menant l'entité individuelle psychique de chacun à développer une parole en première personne, assumer la singularité de sa vie, son corps propre, son rapport spécifique à l'environnement physique et social. La santé se manifeste alors comme capacité à être « **qui je suis** », dans mon caractère unique.

Dans ce triple processus de santé, composé d'adaptation innovante, de socialisation active et d'autonomisation individuelle, se construit le sujet : corps-sujet-acteur social.

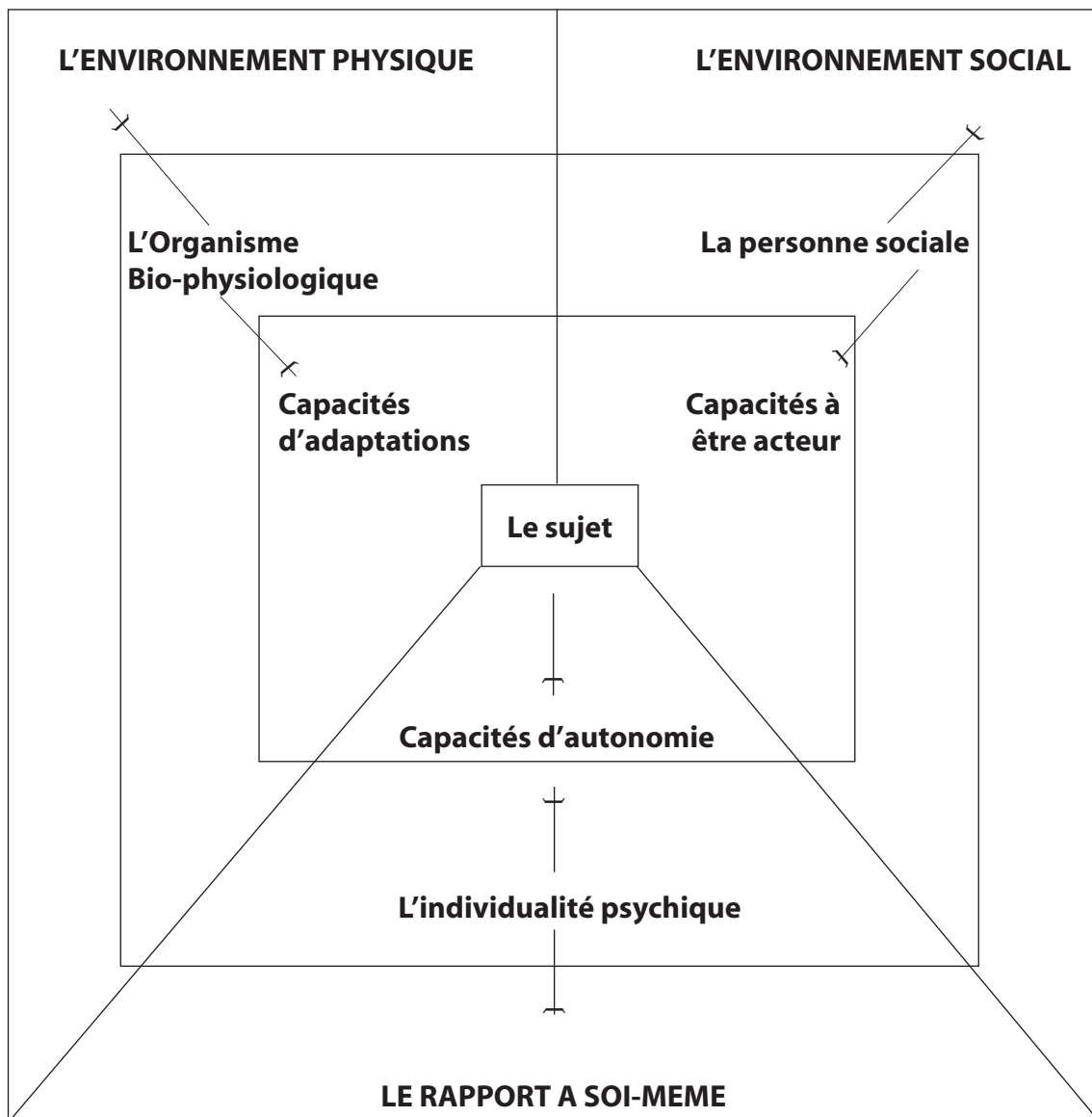
Cette approche de la santé comme processus vital s'inscrit dans le lien social :

- rapport de soi à soi (lien identitaire) ;
- rapport aux proches (lien communautaire) ;
- rapport à la société globale (lien sociétaire ou sociétal).



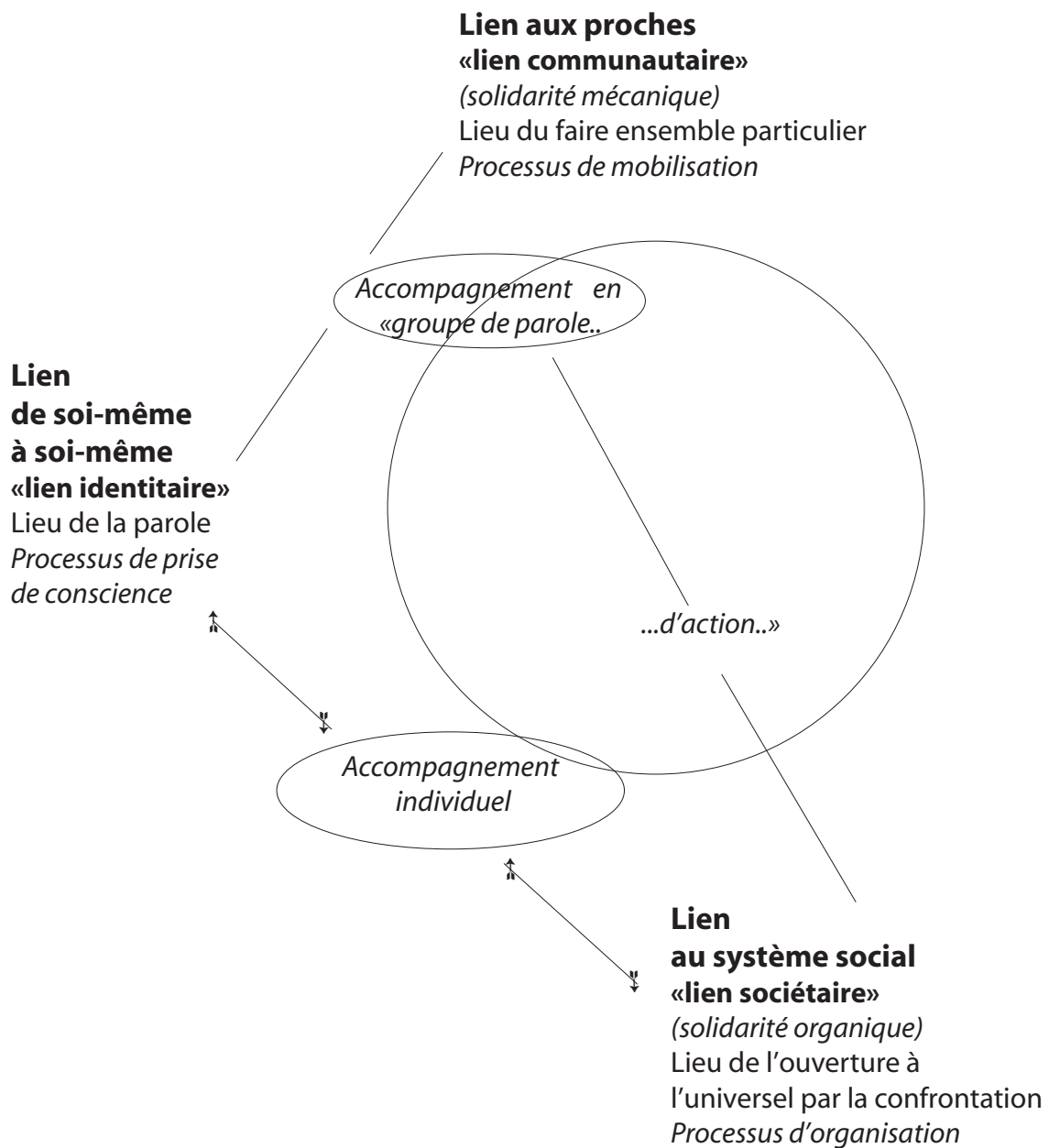
La démarche éducative en santé, de quoi parlons-nous ?

## Approche tridimensionnelle



GOUDET B. *Santé, précarité des conditions de vie, éducation pour la santé.* CIREPS Centre Ouest, avril 2000. Dossier de travail.

## Représentation graphique des composantes du lien social et de l'accompagnement éducatif pour la santé



D'après : GOUDET B. *Santé, précarité des conditions de vie, éducation pour la santé*. CIREPS Centre Ouest, avril 2000. Dossier de travail.

## 3.2 Une démarche d'accompagnement du sujet

La fonction de l'éducation pour la santé est de rejoindre le sujet, dans son existence personnelle et sociale, et d'accompagner la phase où il en est dans son itinéraire de vie. L'enjeu de cet accompagnement, qu'il soit individualisé ou groupal, est de contribuer à développer le dynamisme de santé en tant qu'il est porteur de capacités de vie dans une histoire singulière.

Ce travail peut prendre appui sur des supports divers : techniques théâtrales favorisant l'expression verbale, groupe de parole... Il vise toujours l'expression personnelle, le dialogue, l'évolution, l'action personnelle et collective.

Des principes guident cette démarche éducative :

- elle est appuyée par des choix théoriques (*transparent p. 44*) ;
- elle passe par une approche pratique (*transparent p. 45*) ;
- elle propose de mettre en œuvre un accompagnement (*transparent p. 47*) ;
- elle est productrice de changement (*transparent p. 50*) ;
- elle joue sur trois types de contradictions ;
- elle met les participants en mesure d'aménager leurs propres normes de santé ;
- elle nécessite certaines règles de fonctionnement.

## **Elle est appuyée sur des choix théoriques**

- ▶ prise en compte du « sujet » ;
- ▶ « sujet » doté de liberté relative, soumis à des rationalités plurielles, capable de choix éclairés s'appuyant sur ses désirs ;
- ▶ « sujet » capable de devenir acteur, acteur social, acteur de sa santé, acteur de santé communautaire...

## **Elle passe par une approche pratique**

- ▶ partir de la santé telle qu'elle est vécue, parlée, « représentée »... par les personnes du groupe (que celle-ci soit éducative ou formative) ;
- ▶ personnes appréhendées dans leurs individualités spécifiques insérées dans des situations et des appartenances sociales particulières;
- ▶ personnes développant des attitudes et construisant des représentations mentales en lien avec le positionnement existentiel spécifique qui est alors le leur.

## **L'accompagnement éducatif : les grandes orientations**

- ▶ passer de la santé envisagée comme un « état » à la santé considérée comme un « dynamisme » ;
- ▶ passer d'une approche extérieure à une approche vécue ;
- ▶ passer d'une approche sectorielle, morcelée, juxtaposant des secteurs de vie, à une approche globale et historique ;
- ▶ écoute et prise en compte de la parole des personnes sur la vie et la santé dans le cadre de l'accompagnement éducatif.

## **Mettre en oeuvre un accompagnement**

- ▶ personnel et groupal ;
- ▶ orienté vers la facilitation du libre choix éclairé ;
- ▶ qui part du point de vue de la vie et la santé des personnes : préoccupations, questions, intérêts ;
- ▶ qui pose les jalons pour le cheminement du groupe :
  - questionnement des systèmes de « représentations - attitudes - conduites »,
  - réflexion sur les situations vécues et le « positionnement existentiel » de chacun,
  - confrontation des points de vue et des normes explicites ou implicites,
  - possibilité d'approfondissement et de changement.

## **La dimension éducative de l'éducation pour la santé**

**Elle vise l'acquisition de :**

- ▶ **savoir** : domaine des connaissances ;
- ▶ **savoir-faire** : domaine des aptitudes ;
- ▶ **savoir-être** : domaine des attitudes.



## **Les conditions du travail éducatif**

- ▶ s'exprimer en son propre nom ;
- ▶ écouter ce qui est dit par les autres ;
- ▶ ne pas porter de jugement moral disqualifiant ;
- ▶ garder la confidentialité ;
- ▶ s'engager dans le groupe et y participer régulièrement.

## **L'accompagnement éducatif producteur de changement**

- ▶ changement du rapport à soi ;
- ▶ changement du rapport aux proches ;
- ▶ changement du rapport à la société.

## 3.3 Une démarche inscrite dans un projet plus global de promotion de la santé

### La pluralité des déterminants conditionnant la santé

En passant sous silence la pluralité des déterminants de santé, en évoquant la seule responsabilité individuelle, on risque de provoquer un sentiment de culpabilité (le blâme de la victime). Par exemple l'environnement social conditionne souvent les modes de consommation (nourriture, tabac, alcool) ; l'environnement physique (qualité de l'air, conditions de travail...) conditionnent également la santé des individus. De même, l'organisation des services de santé dépend de décisions politiques et de conditions économiques.

### Les changements produits par une démarche éducative – le lien avec la promotion de la santé

Comme nous venons de le voir précédemment, la démarche éducative par des méthodes pédagogiques participatives, partant des préoccupations quotidiennes des personnes, produit un changement du sujet dans le rapport à lui-même, aux proches et à la société dans une perspective citoyenne.

Ce changement s'inscrit également dans la notion de promotion de la santé définie dans la charte d'Ottawa en 1986 comme « le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et celle de la communauté ». Elle « favorise la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise de décisions et à l'élaboration des stratégies de planification, pour atteindre un meilleur niveau de santé ».

### La charte d'Ottawa propose aux États signataires 5 axes d'intervention (annexe) :

► **Élaborer une politique cohérente qui concerne tous les secteurs de la vie publique**

Chaque personne habilitée à prendre des décisions d'ordre politique, doit être informée des conséquences que celles-ci peuvent avoir sur la santé de la population et doit prendre conscience de ses responsabilités dans ce domaine. Cela suppose le décloisonnement de la vie publique et un vrai partenariat entre les différents secteurs.

► **Créer des milieux favorables à la santé**

L'organisation de la vie collective, du travail et des loisirs doit favoriser la santé des personnes.

► **Renforcer l'action communautaire**

La charte préconise la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise de décisions et à l'élaboration des stratégies de planification, pour atteindre un meilleur niveau de santé. Cela exige que la population accède aux informations dans ce domaine.

► **Donner les moyens à la population d'acquérir des aptitudes individuelles dans le domaine de la santé**

Les personnes doivent accéder aux informations et acquérir les aptitudes qui leur permettront d'exercer un plus grand contrôle sur leur santé et de faire des choix favorables à celle-ci.

► **Réorienter les services de santé**

Il s'agit de confier au secteur sanitaire un rôle qui exige plus que la seule prestation de soins médicaux. Les services ne devraient plus raisonner en terme de prévention des maladies mais en terme de promotion de la santé.

L'éducation pour la santé s'intègre traditionnellement dans le quatrième axe de la promotion de la santé, mais elle s'articule également avec les autres axes en y participant ou en en dépendant. En effet, une démarche d'éducation pour la santé visant la citoyenneté en matière de santé contribue à ce que chaque personne participe aux décisions de la collectivité. Mais l'éducation pour la santé jouera ce rôle à la condition que les institutions, les professionnels de santé et du social, les politiques laissent une place à l'exercice de cette citoyenneté.

D'après : B. Sandrin Berthon, *Apprendre la santé à l'école*, ESF éditeur.

## 3.4 Pour poursuivre la réflexion

### **Ce qui est en jeu dans les changements de comportements**

On dit fréquemment que l'éducation pour la santé a pour finalité d'infléchir les comportements individuels, mais il est important de cerner ce qui est en question dans un changement de comportement.

Les 2 articles qui suivent expliquent en quoi le comportement individuel fait référence à un système de valeurs auxquelles adhère un individu et à des normes qui traduisent ces valeurs de référence. Le comportement d'un individu est relié à toute son histoire personnelle et sociale. En éducation pour la santé on ne part pas d'une « table rase ». Changer de comportement implique pour la personne un total bouleversement de quelque chose qu'elle s'est forgée tout au long de sa vie et qui représente son identité socioculturelle.

Le changement de comportement pose quelque part la question du changement des repères sociaux.

### *De la naissance d'une idée à la mise en oeuvre d'un projet*

Construire un projet, c'est d'abord construire toute une méthodologie. La démarche qui va permettre de passer de l'apparition d'une idée, d'un constat, d'une commande à la construction et à la mise en oeuvre du projet nécessite un certain nombre de « passages obligés », étapes qui seront déterminantes.

Le respect de ces différentes étapes évitera certains écueils et risques :

- « se jeter » dans la réponse ;
- se passer de l'opinion de la population ;
- confondre solution et problème à résoudre ;
- chercher à tout prix à justifier une action ;
- sous-estimer les résistances : il faut s'attendre à en rencontrer, car chercher à savoir, chercher à comprendre, cela peut bousculer, et les partenaires n'y sont pas forcément prêts.

## De la naissance d'une idée à la mise en oeuvre d'un projet

### La demande / naissance d'une idée

- Approfondir et faire évoluer, enrichir
- S'entendre sur des valeurs, finalités

Réflexion

Travail  
sur les  
représentations

### L'analyse de la situation

- Difficultés et préoccupations de santé rencontrées
  - par les professionnels
  - par la population
  - dans les dispositifs existants
- Réponses existantes
- Mise en relation des différents points de vue

Recueil  
de données

Analyse  
des résultats  
du recueil  
de données

## De la naissance d'une idée à la mise en oeuvre d'un projet

### Recherche d'éléments de réponses

- Choisir des priorités
- Définir des objectifs
- Définir la stratégie d'action
- Mettre en place le dispositif de coordination et d'animation de l'action

### Mise en oeuvre Evaluation

- Mettre en oeuvre et réajuster les actions
- Définir des objectifs de l'évaluation, les critères et indicateurs
- Recueillir les données utiles à l'évaluation

### Définition de nouvelles orientations

- Prendre des décisions
- Valoriser l'action



## **De la naissance d'une idée à la mise en oeuvre d'un projet**

### **La demande**

- ▶ la faire évoluer, l'enrichir ;
- ▶ s'entendre sur des valeurs.

### **Analyse de la situation**

- ▶ recueillir des données ;
- ▶ analyser le recueil de données.

### **Recherche des éléments de réponse**

- ▶ définir :
  - des priorités ;
  - des objectifs ;
  - des stratégies d'action.
- ▶ mettre en place un dispositif de coordination.

### **Mise en oeuvre / Evaluation**

- ▶ définir les modalités d'évaluation ;
- ▶ mettre en place les actions ;
- ▶ recueillir les éléments d'évaluation.

## 4.1 Identifier et faire évoluer la demande

### Une demande à identifier

La première étape consiste à interroger la demande.

Plusieurs raisons peuvent amener des acteurs à entreprendre une action de santé :

- ▶ **Émergence d'un constat ou d'une situation qui pose problème, relevé par une association, une équipe de travailleurs sociaux, ou par des professionnels de la santé**
- ▶ **Réflexion d'une équipe, d'un service sur leur pratique afin de mieux l'adapter aux besoins de la population concernée**

Cette remise en question est aujourd'hui fréquente de la part d'équipes de protection maternelle et infantile, de santé scolaire, de médecine du travail, de professionnels de santé libéraux, et d'équipes de développement local au sein des collectivités territoriales.

- ▶ **Réalisation d'un projet pédagogique, une action peut constituer une activité pédagogique pour des professionnels en formation** (infirmiers, assistants de service social, conseillères en économie sociale et familiale...)
- ▶ **Une commande institutionnelle**

Ces motivations peuvent s'imbriquer à des degrés variables, et en accompagner d'autres, plus formelles (ex. existence d'un financement possible...).

Au départ de toute action, il y a une idée personnelle, un problème, une situation de santé reconnue ou suspectée. La demande émane souvent de professionnels (santé, social...), d'une institution ou résulte d'un programme, d'un dispositif.

Quel que soit le point de départ, la demande doit être identifiée. Il est essentiel de prendre le temps de la décrypter et de la formuler en projet. Il peut être proposé de l'analyser en partenariat pour avoir des regards différents et complémentaires.

## **Les questions à se poser pour analyser la demande et/ou la commande**

**A ce stade, quelles sont les questions clés à se poser ?**

- ▶ Quand est née l'idée ?
- ▶ Qui a eu l'idée ?
- ▶ Pourquoi est-ce cette personne qui a eu l'idée ?
- ▶ Pourquoi cette idée à ce moment-là ?
- ▶ Pour quoi faire ? pour qui ? avec qui ?
- ▶ Cette demande ou cette idée est-elle recevable comme telle (par l'institution, par la population par les partenaires extérieurs) ?
  - ▶ Des contraintes sont-elles déjà identifiées ?
  - ▶ Comment cette idée (ou demande) peut-elle s'articuler avec ce qui a déjà été fait ?

GUIBOURGE F., PALICOT A-M., BRIXI O., CHOUKROUN O. *Promotion de la santé et milieu pénitentiaire*. Vanves : éditions CFES, p. 75.

### **Des acteurs se mobilisent pour faire évoluer une demande.**

À ce stade, un groupe de travail peut être créé pour réfléchir à partir de la demande initiale. Ce groupe que l'on peut appeler groupe de réflexion, comité de pilotage est un groupe porteur de la réflexion. Il est constitué de personnes de champs d'intervention différents mais confrontés à des questions similaires.

La complexité des situations, la diversité des déterminants de santé nécessitent des coopérations, des articulations entre les acteurs du sanitaire et du social afin d'expérimenter des réponses coordonnées. Ce travail partenarial est essentiel tant dans l'analyse de la situation locale que dans la mise en place d'actions.

Le rôle du groupe porteur est d'aboutir à une clarification de ce qui sous-tend l'idée de projet, tout en la réinscrivant dans une véritable orientation de promotion de la santé. Puis, il permettra la construction du projet qui s'appuiera sur une analyse préalable de la situation. Il participera aux orientations à donner pour chacune des étapes du projet. Il est un instrument de régulation, d'évaluation et contribue à la valorisation de l'action.

Il donne un cadre et une légitimité aux acteurs du projet.

La diversité des champs d'interventions des membres d'un groupe de travail nécessite une étape initiale d'harmonisation des représentations de la santé.

Ce temps se révélera être un gain pour l'avenir.

## 4.2 Observer, connaître et analyser la situation

C'est une étape primordiale qui permet aux acteurs de mieux déchiffrer la situation dans laquelle ils sont insérés, afin de dégager des possibilités d'action. Il n'est pas possible de se lancer dans la mise en œuvre d'actions sur des critères flous, relevant plus des bonnes intentions ou du désir d'agir à tout prix, que d'une véritable analyse des problèmes.

Cette étape consiste à rechercher des éléments de connaissance de la réalité. De plus, cette activité de recueil va permettre peu à peu la mobilisation des professionnels et des institutions, chacun à leur niveau d'implication et de compétence.

Recueillir des informations peut se faire de différentes manières. La technique de recueil doit toujours être choisie en fonction de ce que l'on recherche ; elle ne doit pas être décidée à priori.

Les techniques utilisées sont d'ordre documentaire (données macro-sociales, données internes, bibliographie) et d'observation (observation indirecte : enquêtes, entretiens, sondages, réunions de groupe ; observation directe : journal de bord, grille d'observation, écoute, réunion de groupe).

### **Demandes non exprimées**

Les problèmes de santé sont à décoder, à analyser et à comprendre à travers des états de somatisation, de repli sur soi ou de fuite en avant. Par exemple, les professionnels font part des difficultés particulières des personnes en situation de précarité à formuler des demandes, et s'interrogent sur l'analyse qui doit en être faite. Il s'agit de travailler sur l'émergence des représentations, l'identification des freins, des résistances et des difficultés d'expression. Bernard GOUDET insiste sur une recherche partant du « vécu de la santé ».

Dans l'expérience personnelle et sociale, les personnes n'arrivent pas toujours avec une première demande claire et donnent souvent des indications qui peuvent paraître éloignées de l'état de santé que repère le professionnel... On cherchera comment se présente le « vécu » de la santé et comment l'entendre ou le deviner avant qu'il se dise explicitement, souvent tardivement ; on s'interrogera sur les manières de l'accompagner.

### **Des outils de recueil de données**

- l'enquête (*document à distribuer p. 62*) ;
- l'entretien individuel (*document à distribuer p. 64*) ;
- l'entretien collectif (*document à distribuer p. 67*) ;
- le questionnaire (*document à distribuer p. 68*) ;
- plan pour réaliser la monographie d'une situation (*document à distribuer p. 71*) ;
- grille d'analyse des données recueillies (*document à distribuer p. 72*) ;
- grille d'analyse des données des préoccupations (*document à distribuer p. 73*).

## L'enquête

Le recueil de données est une démarche qui consiste à enregistrer les résultats de l'observation. Il peut s'effectuer à l'aide de différents moyens :

- l'enquête ;
- l'entretien individuel ou de groupe ;
- le questionnaire ;
- la recherche documentaire.

Dans le cadre d'une démarche de santé communautaire, faire un projet d'éducation pour la santé consiste à partir des préoccupations d'une population, et non de ce que vous, de votre point de vue professionnel, pensez être préoccupant pour elle.

Il existe différentes méthodes pour faire en sorte que la population exprime ses besoins. En fonction des contraintes de la situation, des moyens et du temps dont vous disposez, il faut choisir ou combiner ces méthodes.

Faire une enquête consiste à recueillir de l'information de la façon la plus objective possible, en respectant certaines règles.

### ► Un moyen de connaissance

Il faut savoir tout d'abord qu'une enquête ne donne pas de « solution ». Elle apporte des éléments de connaissance et permet souvent de contredire les préjugés, les a priori dont nous ne sommes pas conscients.

### ► Un moyen d'instaurer une dynamique

Outre la connaissance qu'elle apporte sur ce que pensent ou vivent les membres d'une communauté, l'enquête peut aussi instaurer une dynamique, être l'occasion d'un dialogue, permettre d'impliquer et de valoriser la population. Il est donc important de faire tout pour que la population se sente concernée, participe au mieux à l'enquête et soit informée des résultats.

### ► Quelques règles

Faire une enquête nécessite tout d'abord de bien définir ce que l'on recherche. Il faut donc discuter, réfléchir et définir un objectif.

Exemple : l'objectif est d'identifier les préoccupations des détenus au sujet de l'hygiène quotidienne.

Sachant ce que l'on cherche, il faut se demander s'il existe déjà des études sur le sujet (recherche documentaire) afin d'en tirer le meilleur parti et d'éviter, dans la mesure du possible, de répéter des erreurs commises par d'autres. On peut aussi, dans le même esprit, rencontrer des personnes connaissant bien le sujet (entretien exploratoire).

Cela peut éventuellement vous amener à redéfinir votre objectif d'enquête et ne peut de toute façon qu'enrichir votre réflexion.

Demandez-vous ensuite quelles sont les informations dont vous avez besoin pour répondre à votre objectif.

Puis, comment vous allez pouvoir les recueillir (choix des techniques de recueil).

Observer, connaître et analyser  
la situation

---

Recueillir des informations peut se faire de différentes manières. La technique de recueil doit toujours être choisie en fonction de ce que l'on recherche ; elle ne doit pas être décidée a priori.

Le questionnaire et l'entretien sont les deux techniques le plus souvent utilisées.

L'enquête épidémiologique a pour objectif d'étudier la fréquence et la répartition des problèmes de santé. C'est une forme d'enquête qui peut également être utile, mais elle ne dit rien des préoccupations d'une population. Elle peut, en revanche, permettre de connaître l'ampleur objective d'un problème de santé, mettre en évidence des associations statistiques entre un phénomène pathologique et des variables comme l'âge, le sexe, les conditions de vie, l'exposition à un produit toxique, etc.

GUIBOURGE F., PALICOT A.M., BRIXI O., CHOUKROUN O. *Promotion de la Santé et milieu pénitentiaire*. Vanves : Ed. CFES, 1997, p.85-86. (La santé en action)

## L'entretien individuel

Un entretien est une conversation qui vise à recueillir des informations sur un certain nombre de thèmes. L'entretien n'a pas pour but de recueillir des réponses à des questions, mais de faire produire un discours sur un ensemble de thèmes.

C'est une situation qui met en présence un interviewé et un interviewer. Celui-ci impose le sujet de la conversation, mais doit réussir à rester neutre, à ne pas prendre parti.

### ► La technique de l'entretien convient pour :

- l'analyse du sens que les acteurs donnent à leurs pratiques, l'analyse de leur système de valeurs, de leurs repères normatifs, de la lecture qu'ils font de leurs propres expériences, etc. ;

*Exemple : analyse de la consommation de médicaments dans une population.*

- l'analyse d'un problème précis : ses données, les points de vue en présence, ses enjeux, les systèmes de relations entre les individus, etc. ;

*Exemple : analyse d'un conflit.*

- la reconstitution d'expériences ou d'événements du passé.

*Exemple : analyse des trajectoires sociales à travers des histoires de vie.*

L'enquête par entretiens peut être réalisée en préalable à une enquête par questionnaire : les entretiens permettent alors de s'assurer que l'on aborde les différents aspects du sujet, le questionnaire laissant peu de place aux faits nouveaux. Ils peuvent aussi, par la suite, aider à interpréter les résultats quantitatifs.

Toutefois, la technique de l'entretien ne se limite pas à une étape de préparation au service de l'enquête quantitative. Même si l'on interroge un petit nombre de personnes, on peut souvent tirer des entretiens des conclusions suffisamment solides, en particulier pour tout ce qui peut se rapporter à un inventaire plus ou moins structuré d'attitudes, de représentations, de motivations, etc.

### ► Les principaux avantages de cette technique

- la « richesse » (en volume et en sens) des données qu'elle permet de recueillir ;
- sa souplesse : elle permet de respecter le cadre de référence des personnes interviewées, leur langage et leurs catégories mentales ;
- son coût relativement faible : faire une enquête par entretiens est en effet beaucoup moins onéreux qu'une enquête par questionnaire et peut apporter beaucoup d'éléments permettant de comprendre certaines situations.

### ► Ses limites

La situation d'entretien, comme toute situation interactive n'est pas neutre. Les propos de l'interviewé sont toujours liés à la relation spécifique qui s'instaure avec l'interviewer. C'est pourquoi il est important d'être conscient de l'influence de facteurs comme la position sociale de l'interviewer/l'interviewé, le lieu de l'interview (atelier, cellule, USCA, etc.).

Réaliser des entretiens suppose une bonne capacité d'écoute et d'adaptation de l'interviewer.



Observer, connaître et analyser  
la situation

---

► **Il existe trois types d'entretien**

- l'entretien directif, qui consiste à poser des questions dans un ordre et une formulation pré-définie ;
- l'entretien non directif, où l'interviewer donne une consigne de départ et intervient très peu par la suite ;
- l'entretien semi-directif, où l'enquêteur veut faire parler son interlocuteur sur un certain nombre de thèmes, recueillir certaines informations, mais dans un ordre non défini à l'avance. Il s'agit de s'adapter au discours de l'interviewé et de laisser éventuellement aborder des points non prévus.

► **Instaurer une relation de confiance**

Dans tous les cas, lorsqu'on veut interviewer quelqu'un, il faut lui expliquer pourquoi et sur quel sujet, de façon claire et simple, en banalisant la situation. Il faut savoir se présenter, se situer et mettre son interlocuteur à l'aise. En particulier, il est important de lui faire savoir ce qu'on fera des propos recueillis.

► **Enregistrer, prendre en notes**

L'idéal est d'enregistrer les entretiens au magnétophone, ce qui permet de travailler sur le discours réel des personnes interviewées. On rencontrera deux difficultés : l'obtention de l'autorisation d'enregistrer doit être prévue et la transcription est longue et fastidieuse.

Il est aussi possible de prendre en notes l'entretien. Vous vous efforcerez alors :

- de noter exactement ce que dit la personne ;
- de noter vos propres interventions ;
- de prendre des notes de façon continue sans sélectionner ce qui vous intéresse.

► **Élaborer un guide d'entretien**

Avant de réaliser des entretiens, il est nécessaire d'élaborer un guide d'entretien. Le guide d'entretien n'est pas une liste de questions ; y figure l'ensemble structuré des thèmes que vous voulez aborder dans la conversation et quelques formulations de consignes ou de relances. Il est notamment important de préparer la façon dont vous allez lancer l'entretien. La première question que vous poserez est appelée « consigne initiale ».

Trois points sont importants dans l'organisation de votre entretien :

- structurer une série de thèmes à explorer au cours de l'entretien ;
- prévoir des consignes de relance pour passer d'un thème à un autre ;
- prévoir la façon de clore l'entretien.

► **Comment intervient-on dans le cours de l'entretien ?**

L'objectif de l'interviewer est de « favoriser la production d'un discours sur un thème donné au moyen de stratégies d'écoute et d'intervention ». Vous devez donc considérer que la personne interviewée a tout à vous apprendre ; vous devez rester neutre et vous assurer en permanence que vous comprenez bien ce qu'elle vous dit.

## Observer, connaître et analyser la situation

Vous pouvez intervenir :

- sous forme de consignes pour commencer l'entretien, mais aussi pour le diriger en introduisant un thème nouveau : il est souvent intéressant de commencer l'entretien par une consigne qui appelle un discours narratif ;

*Exemple : « J'aimerais que vous me racontiez comment vous avez été amené à prendre régulièrement des somnifères. »*

- sous forme de reformulation, afin de vous assurer que vous comprenez bien les propos de l'interviewé ;

*Exemple : « Si je vous ai bien compris, pour vous il n'y a pas de sommeil sans somnifères.... »*

- sous forme de questions ponctuelles.

Dans l'entretien semi-directif et non directif, les questions doivent autant que possible s'inscrire dans le cadre des reformulations ou des répétitions, afin de ne pas trop rompre la linéarité du discours. Cela signifie que l'on doit s'adapter au cours de la conversation et avoir intégré son guide d'entretien c'est-à-dire savoir ce que l'on cherche.

### ► L'analyse des entretiens

Quand on a interviewé un certain nombre de personnes et recueilli un ensemble de discours sur un sujet donné, il s'agit de mettre en forme ces propos, en ne conservant que ce qui est pertinent. Là encore, il importe de bien savoir ce que l'on cherche : on revient alors à ses hypothèses et à la problématique choisies, qui vont orienter l'analyse des discours.

On se pose en général deux questions :

- Qu'a dit chacun à propos de différents points significatifs ?

- Quelles différences y a-t-il entre les discours des différentes personnes interrogées ?

Il faut donc, en général, combiner une analyse verticale avec une analyse horizontale. *L'analyse verticale* porte sur chaque personne interrogée, prise séparément : on passe en revue ce que chacun a dit sur les différents thèmes abordés et on tente éventuellement une synthèse individuelle.

*L'analyse horizontale* traite chaque thème de façon transversale, relevant les différentes formes sous lesquelles il apparaît dans le discours des personnes interrogées.

À partir de ces deux analyses, on pourra éventuellement mettre en évidence des sous-ensembles d'individus présentant plusieurs traits communs (typologie).

L'analyse dite « thématique » est sans doute la méthode la plus utilisée pour traiter les entretiens semi-directifs. Dans chaque entretien, plusieurs thèmes ont été abordés. Il s'agit de comparer ce que chaque personne interviewée a dit sur chacun de ces thèmes. Les résultats de cette analyse doivent être discutés, confrontés à d'autres données éventuelles.

GUIBOURGE F., PALICOT A.M., BRIXI O., CHOUKROUN O. *Promotion de la Santé et milieu pénitentiaire*. Vanves : Ed. CFES, 1997, p. 87-90. (La santé en action)

## L'entretien de groupe

L'entretien de groupe se pratique en présence d'un animateur et/ou d'un observateur à l'aide d'un guide d'entretien. On réunit autour d'une table, dans une salle, six à douze personnes et on les fait réagir sur un thème précis.

Le groupe dont on cherche à percevoir l'état des connaissances ou l'opinion doit alors être le plus homogène possible.

On parle dans certains cas de groupe indicateur (focus group) lorsqu'il s'agit de se faire une idée de ce qu'un certain public pense d'un sujet.

Les questions sont toujours ouvertes et les réponses relancent le discours. Les participants réagissent les uns par rapport aux autres et la stimulation garantit la variété des idées. Cette technique est très créative et prospective.

Elle est surtout utilisée :

- pour des recherches d'idées, de stratégies nouvelles ;
- pour des résolutions de problèmes.

Habituellement, deux à trois réunions suffisent à explorer un thème. L'avantage est que les résultats sont obtenus rapidement, les limites restant celles de la méthode qualitative.

Les techniques ne sont pas que verbales ; elles peuvent faire appel au dessin, au mime, au découpage, etc.

GUIBOURGE F., PALICOT A.M., BRIXI O., CHOUKROUN O. *Promotion de la Santé et milieu pénitentiaire*. Vanves : Ed. CFES, 1997, p.94. (La santé en action)

## Le questionnaire

Le questionnaire permet de poser une série de questions identiques à un nombre important de personnes et, donc, de quantifier les réponses et de les analyser à l'aide de méthodes statistiques. Plus encore que pour l'entretien, qui laisse une marge de liberté, il importe de bien définir ce que l'on recherche.

Il est possible toutefois d'utiliser le questionnaire en dehors de cet objectif de quantification, notamment lorsque le sujet de l'enquête ne se prête pas facilement à un entretien (sujet « tabou » ou nécessitant une totale confidentialité).

▶ **L'enquête par questionnaire convient :**

- pour connaître une population dans son ensemble : ses conditions et ses modes de vie, ses opinions, ses valeurs....;
- lorsque se pose un problème de représentativité ;
- lorsqu'on veut analyser des corrélations.

▶ **Elle tend à recueillir les catégories d'informations suivantes :**

- des faits : âge, diplômes, profession, habitat, etc. ;
- des jugements subjectifs sur des faits, des idées, des événements ou des personnes : opinions, attitudes, motivations, etc. ;
- des indices de niveau de connaissance : mode de transmission de telle maladie, etc.

▶ **Elle a pour limites :**

- la lourdeur et le coût élevé : confectionner un questionnaire demande beaucoup de temps, entraîne un coût élevé de production, de diffusion, de codage, de saisie des réponses et de traitement des données ;
- la difficulté d'élaborer un bon questionnaire, compris par tous de la même façon ;
- la « sécheresse » des réponses qui ne fournissent pas toujours des éléments de compréhension et nécessitent donc d'être interprétées avec beaucoup de prudence ;
- la simplification que produit tout résultat chiffré portant sur une réalité complexe et multiforme.

▶ **On distingue deux types de questionnaires :**

- les questionnaires d'administration directe : la personne enquêtée note elle-même ses réponses sur le questionnaire. Il faut alors être sûr que celle-ci n'aura pas de difficultés à lire les questions et à exprimer ses réponses.
- les questionnaires d'administration indirecte : l'enquêteur note les réponses que lui fournit la personne enquêtée. Dans ce cas, les enquêteurs doivent être informés pour agir tous de la même façon.

▶ **La définition de la population**

L'enquête peut porter sur l'ensemble de la population concernée ou sur un échantillon. Dans ce dernier cas, il existe différentes techniques d'échantillonnage : par tirage aléatoire, par quotas, par grappes, etc.

## Observer, connaître et analyser la situation

### ► La définition des variables

L'élaboration du questionnaire nécessite d'avoir préalablement défini les variables à étudier et les indicateurs correspondants.

Il existe trois types de variables :

- les variables dépendantes ou à expliquer, qui constituent l'objet même de l'enquête ;
- les variables indépendantes ou explicatives, qui vont expliquer les premières ;
- les autres variables, comme les variables de contrôle.

### ► L'élaboration du questionnaire

Il faut en général élaborer plusieurs versions du questionnaire avant d'aboutir à sa forme définitive. Il est notamment nécessaire de le tester auprès d'un petit nombre de personnes qui correspondent aux caractéristiques de la population à enquêter (mais qui n'en font pas partie).

Le questionnaire doit comporter une introduction simple et brève expliquant les objectifs de l'enquête. Il doit être présenté de façon à faciliter la tâche des personnes enquêtées (clarté de la présentation, de la formulation des questions, etc.) et le travail de codage.

Le questionnaire peut être divisé en parties. Il doit démarrer par des questions simples et anodines et progresser vers des questions plus complexes ou demandant davantage de réflexion. Les questions « délicates » sont situées au centre du questionnaire ou à la fin de chaque partie.

Il existe trois types de questions :

- les questions fermées : les réponses sont fixées à l'avance et la personne interrogée doit obligatoirement choisir parmi l'éventail qui lui est proposé. Cela suppose d'avoir réalisé au préalable l'inventaire des réponses possibles. C'est le type de questions qui se prête le mieux au dépouillement et à l'analyse statistique.
- les questions ouvertes : l'enquêté répond librement. Il faut alors réserver un emplacement suffisant. Le dépouillement et l'analyse sont difficiles.
- les questions semi-ouvertes : les principales réponses sont prévues comme dans les questions fermées, mais on laisse la possibilité d'une réponse libre.

D'une façon générale, il faut toujours prévoir une modalité de réponse pour les personnes qui n'ont pas d'opinion, qui ne savent pas ou qui ne se reconnaissent pas dans les propositions de réponse (modalité : « sans opinion », « ne sait pas », « autre »). Le confort des personnes enquêtées et la qualité des réponses en dépendent.

Les questions d'ordre socio-démographique (âge, sexe, situation matrimoniale...) sont regroupées et situées de préférence en fin de questionnaire.

Le questionnaire doit être testé pour vérifier si les termes utilisés sont aisément compréhensibles, sans équivoque, si les modalités de réponse sont bien prévues, si le questionnaire « passe bien », n'est pas trop long, etc.

### ► Le codage et l'analyse

Il est rare qu'on puisse lire les questionnaires un à un et noter au fur et à mesure les informations que l'on recherchait. Dans la plupart des cas, il est nécessaire de coder les

Observer, connaître et analyser  
la situation

---

réponses, c'est-à-dire de les traduire dans un langage déterminé (le code) en vue de leur traitement sur un support informatique. Ce sont ces codes qui sont saisis.

L'informatique offre aujourd'hui beaucoup de possibilités de traitement de ce type de données, que nous ne pouvons pas détailler ici.

Dans un premier temps, le logiciel peut compter les différentes réponses (tri à plat) et calculer leur fréquence. On peut ensuite effectuer des croisements entre plusieurs questions, en fonction de ce qu'on recherche.

GUIBOURGE F., PALICOT A.M., BRISI O., CHOUKROUN O. *Promotion de la Santé et milieu pénitentiaire*. Vanves : Ed. CFES, 1997, p. 91-93. (La santé en action)

## Plan pour réaliser une monographie d'une situation

### Objectif

- ▶ Réaliser la monographie d'une situation.

### Présentation

Il s'agit de présenter de manière exhaustive les différentes informations cumulées sur une situation : un quartier, une ville ou un département....

### Données objectives

- ▶ géographiques ;
- ▶ démographiques ;
- ▶ socio-économiques ;
- ▶ sur les soins et la santé.

### Données recueillies sur les perceptions (par questionnaire et/ou entretien) auprès

- ▶ des professionnels ;
- ▶ des institutions ;
- ▶ des élus ;
- ▶ de la population.

### Identification

- ▶ des contraintes ;
- ▶ des opportunités ;
- ▶ des ressources.

### Déroulement

- ▶ Recueillir successivement chaque type de données ;
- ▶ Les présenter dans cet ordre pour une vision synthétique et globale.

### Avantages

- ▶ Couvre tous les aspects à prendre en compte ;
- ▶ Permet d'ouvrir la réflexion.

### Limites

▶ Certains axes ont une influence sur la santé mais des actions de santé ne les corrigent pas (chômage, logement...).

### Conseils d'utilisation

- ▶ A l'issue d'une phase de diagnostic ;
- ▶ En présentation à un groupe de travail avant de définir des priorités d'actions.

GUIBOURGE F., PALICOT A.M., BRIXI O., CHOUKROUN O. *Promotion de la Santé et milieu pénitentiaire*. Vanves : Ed. CFES, 1997, p. 49. (La santé en action)

**Grille d'analyse des données recueillies**

Préoccupations de la population	Préoccupations des professionnels	Préoccupations des institutions

**Objectif**

▶ Visualiser les convergences/ divergences entre les préoccupations de la population, des professionnels et des institutions.

**Avantage**

▶ Permet la participation de la population, des professionnels et des institutions.

**Limite**

▶ Outil d'approche qui permet une première compréhension de la situation.

**Conseils d'utilisation**

▶ Prévoir une séance de travail longue ;  
▶ Est à compléter par un repérage des freins et des ressources pour chaque problème retenu (*grille suivante*).



Observer, connaître et analyser  
la situation

### Grille d'analyse des préoccupations

Préoccupations identifiées	population		professionnels		institutions	
	ressources	freins	ressources	freins	ressources	freins

**Objectif**

- ▶ Approfondir les préoccupations identifiées en fonction des ressources disponibles et des contraintes.

### 4.3 Rechercher des réponses possibles et acceptables

Le projet émerge toujours d'une analyse suffisamment précise de la situation. En fonction des résultats de l'analyse de la situation, des partenaires peuvent être associés et ainsi étoffer le groupe porteur de la réflexion ; un dispositif de coordination, ou comité de pilotage peut être créé (*transparent p. 75*).

Ces personnes ressources pourront :

- contribuer aux choix des orientations prioritaires ;
- négocier et valider le projet proposé (objectifs et méthodes) ;
- aider à la recherche de financement ;
- valoriser le projet.

Des opportunités dégagées par l'analyse de la situation, va émerger un projet possible. Celui-ci sera confronté par le groupe porteur à ses propres finalités. Il s'agit ici pour le groupe de pilotage d'explicitier les valeurs et les principes d'éducation pour la santé, de démarche éducative... sur lesquels s'appuieront les objectifs.

Avant la définition des objectifs, il est nécessaire de choisir des priorités à partir d'une liste de problèmes élaborée suite à l'analyse de la situation (*transparent p. 76*).

Des critères de choix peuvent être définis. Ils permettront de classer les problèmes et de les hiérarchiser (*transparent p. 77*).

L'analyse préalable de la situation est terminée, les problèmes, besoins, préoccupations de la population ont été repérés, analysés et hiérarchisés, le dispositif de conduite de l'action est en place ; il s'agit maintenant, toujours dans une perspective de préparation cohérente du projet, d'en définir les objectifs (*transparents p. 80-83*).

Afin d'organiser et de coordonner les éléments qui participent à la réalisation de l'action en fonction des objectifs fixés, une stratégie d'action est à penser (*transparents p. 84-85*).

## **Le dispositif de coordination de l'action**

- ▶ Qui associer ? Pourquoi ? Comment ?
- ▶ Evaluer la pertinence de la participation de la population ;
- ▶ Préciser le degré d'implication de chacun ;
- ▶ Prévoir différentes instances :  
niveau « politique » et niveau « technique ».

## **Choix des priorités d'action à partir de l'analyse de situation**

### **Il s'agit :**

- ▶ de définir des critères pour ceux qui bénéficient ou contribuent au programme ;
- ▶ d'apprécier la pertinence des critères de choix retenus.

## **Critères de choix des priorités**

- ▶ l'ampleur du problème de santé (prévalence et incidence) ;
- ▶ l'évolution du problème, notamment si on s'abstient d'intervenir ;
- ▶ la gravité du problème de santé : degré d'altération provisoire ou définitive de la santé ;
- ▶ le type de public concerné et son environnement ;
- ▶ les conséquences pour les individus ou les familles ;
- ▶ l'existence de solutions efficaces et adaptées ;
- ▶ les moyens d'intervention dont on dispose ;
- ▶ la pertinence et la faisabilité d'une action de santé ;
- ▶ l'acceptabilité culturelle, éthique, économique, réglementaire ;
- ▶ la prise en compte des priorités départementales, régionales ou nationales.

## Grille d'évaluation des priorités

- ▶ Le problème retenu est-il courant ?  
(incidence, prévalence, étendue du problème)
- ▶ Le problème entraîne-t-il des suites graves pour l'état de santé ?  
(altération de l'état de bien être, séquelles...)
- ▶ Le problème touche-t-il des populations défavorisées par ailleurs ?  
(il se surajoute aux conditions de vie difficiles ou à d'autres risques pour la santé)
- ▶ Existe-t-il des moyens propres à résoudre les problèmes ?  
(disponibilité, accessibilité, interventions efficaces, compétences disponibles...)
- ▶ Le coût de l'action est-il acceptable ?
- ▶ La population attend-elle les actions proposées ?  
(participation, réaction...)

*Choisir les priorités dans l'action de santé.*  
Paris : Comité Français d'Éducation pour la santé, 1986, p.15.

Rechercher des réponses possibles  
et acceptables

---

## Définition des priorités

Liste des priorités possibles :

- |        |        |
|--------|--------|
| 1..... | 4..... |
| 2..... | 5..... |
| 3..... | 6..... |

Lesquelles sont réalistes en fonction de nos moyens, énergies, délais :

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....
- 6.....

Lesquelles sont souhaitables, c'est-à-dire correspondent aux valeurs du groupe ?

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....
- 6.....

Lesquelles remplissent les deux critères ?

- 1.....
- 2.....
- 3.....

Quelle est la meilleure solution pour tous ?

- 1.....
- 2.....
- 3.....

## Définition des objectifs

- ▶ L'objectif se définit **avec** les partenaires d'action et la population concernée ;
- ▶ Il s'agit de savoir ce que l'on **veut** faire ce que l'on **peut** faire ;
- ▶ C'est le **résultat** auquel on veut aboutir ;
- ▶ L'objectif doit se rapporter :
  - **au problème de santé** (au sens d'Ottawa)  
**à traiter ,**
  - **à la population concernée ;**
- ▶ Un objectif doit indiquer :
  - **le public concerné ,**
  - le **résultat** que l'on cherche à atteindre ;
- ▶ L'objectif doit être :
  - **pertinent, précis, réalisable, mesurable**  
(quantitativement et qualitativement).



## **Objectif général (ou but global)**

C'est la finalité du programme (de préférence en termes de niveau de santé à atteindre).

C'est un postulat, un positionnement éthique ou philosophique qui oriente l'action.

Il n'y a qu'un seul objectif général (ou but global) par action.

Il précise le changement à attendre au terme de l'action : il se centre sur le problème prioritaire retenu.

## **Objectifs secondaires ou intermédiaires d'action**

Beaucoup plus nombreux, ils correspondent aux initiatives et dispositions qui vont permettre d'atteindre l'objectif général.

**Ils peuvent être d'ordre éducatif pour le public concerné :**

- ▶ les connaissances à acquérir (savoirs) ;
- ▶ les aptitudes à développer (savoir-faire) ;
- ▶ les attitudes à favoriser (savoir-être).

**Mais aussi concerner les dispositions relatives à l'environnement de vie du public :**

- ▶ au niveau institutionnel ;
- ▶ au niveau des professionnels travaillant auprès du public ;
- ▶ au niveau de l'environnement physique.

**Ils vont servir de base à l'évaluation du projet.**

Rechercher des réponses possibles  
et acceptables

---

## **Objectifs opérationnels**

- ▶ Ils précisent comment les actions vont se réaliser ;
- ▶ Ce sont les activités et tâches concrètes à réaliser pour parvenir à l'objectif final.

## **Stratégie d'action**

Consiste à organiser et coordonner les éléments qui participent à la réalisation de l'action en fonction des objectifs fixés.

- ▶ Qui fait quoi ?
- ▶ Quand ? (la démarche s'inscrit-elle dans le temps ?)
- ▶ Dans quel ordre ? (comment se franchissent les étapes ?)
- ▶ Comment ? (comment est associée la population ?)
- ▶ Avec quels moyens ? (budget, outils pédagogiques...)

## **Stratégie d'action (2)**

### ***Exemples :***

- ▶ le choix des activités et le calendrier des étapes ;
- ▶ le choix des méthodes pédagogiques (ex : comment s'articulent les différentes dimensions de l'éducation pour la santé : savoir, savoir-être, savoir-faire) ;
- ▶ les moyens nécessaires à engager (moyens humains, matériels et financiers).

## 4.4 Evaluer le projet

La question de savoir où insérer une rubrique abordant l'évaluation a été largement débattue dans le groupe de travail. En effet, elle doit avoir sa place à toutes les phases d'un projet d'Éducation pour la Santé. Quand nous étudions la situation initiale, nous voulons savoir s'il est pertinent d'intervenir, si nous disposons de ressources nécessaires pour agir. La façon dont se déroulent les ateliers nous encourage à poursuivre, réajuster ou interrompre notre travail. Toutes ces recherches constituent des évaluations.

### Pourquoi évaluer ?

Plusieurs raisons conduisent à prévoir une évaluation du projet :

- raconter ce qu'on a réalisé et l'observer sous un jour nouveau ;
- connaître les résultats de l'action, la pertinence de ses objectifs et réajuster si nécessaire ;
- enrichir la réflexion, faire progresser les idées et les pratiques en éducation pour la santé ;
- mobiliser les partenaires par leur implication dans l'évaluation (réalisation d'entretiens par eux-mêmes ou « don » de leur opinion sur le projet) ;
- faire preuve de transparence sur les dépenses engagées ;
- pouvoir s'appuyer sur cette évaluation afin de demander de nouveaux financements, pour d'autres actions ;
- montrer l'impact des actions en éducation pour la santé à des personnes qui ne sont pas convaincues.

*« L'évaluation est une source d'évolution, d'amélioration des pratiques...Elle doit être perçue comme un véritable instrument de conduite d'un projet d'éducation pour la santé ».*

GUIBOURGE F., PALICOT A.M., BRIXI O., CHOUKROUN O. *Promotion de la Santé et milieu pénitentiaire*. Vanves :Ed. CFES,1997. ( La santé en action)

### Le problème du « manque de temps » à consacrer à l'évaluation

Face au problème du « manque de temps », souvent évoqué pour réaliser une évaluation, ne s'agit-il pas de s'interroger sur la réalité d'un manque de temps réel ou d'un manque de motivation ?

Des propositions peuvent être faites :

- indiquer les différentes phases d'évaluation dans le calendrier ;
- programmer le temps d'évaluation (ex : indiquer sur son agenda le quart d'heure nécessaire au journal de bord à la fin de l'animation). Rapidement, on s'aperçoit que cette rigueur permet un gain de temps considérable.

### Évaluer le projet

#### Pour qui évaluer?

▶ **Pour les personnes avec qui on a mené le projet**

- parce qu'elles sont actrices du projet du début à la fin ;
- pour les inciter à d'autres actions (valorisation..).

▶ **Pour l'animateur : connaître, réajuster, se remettre en cause**

▶ **Pour les financeurs**

- pour rendre compte de l'utilisation des fonds ;
- pour obtenir des financements ultérieurs.

▶ **Pour les partenaires**

- pour les valoriser ;
- pour leur permettre de mieux connaître l'action et de voir son aboutissement, son impact.

▶ **Pour nos responsables**

- faire reconnaître notre travail.

#### À quel moment établir l'évaluation?

Il est nécessaire de construire l'évaluation dès l'élaboration du projet, et celle-ci est à faire valider au même titre que le projet. Elle doit être un processus de réflexion et de remise en question tout au long du déroulement du projet.

- ▶ Elle doit être élaborée en même temps que le projet, au vu des objectifs et de nos intentions éducatives.
- ▶ Être rigoureuse et s'appuyer sur des outils.
- ▶ Elle ne doit pas représenter plus de 5 à 10 % du coût total du projet.

#### Par qui évaluer ?

L'évaluation est l'affaire de toute une équipe y compris les publics. Il est souhaitable de définir un comité de pilotage et de nommer un référent qui se chargera de la coordination des activités de l'évaluation.

La question de l'évaluateur interne ou externe au projet est récurrente. L'évaluation doit-elle être confiée à des experts extérieurs ou faut-il demander aux partenaires du projet de la prendre en charge? Cela dépend des projets et de leurs contraintes. C'est un point à discuter et à décider en partenariat. De même qu'il soit interne ou externe, la démarche est à valider en groupe.

#### Evaluer le projet

Chacun des deux systèmes a ses avantages et ses inconvénients (*document à distribuer p. 89*).

En fonction du type d'accompagnement souhaité, un évaluateur doit faire preuve de :

- bonnes connaissances théoriques et techniques sur l'évaluation du champ de l'éducation pour la santé ;
- une expérience antérieure de travail avec des équipes de terrain ;
- capacités rédactionnelles ;
- souplesse et rigueur ;
- ouverture d'esprit au regard de vos choix éthiques ;
- disponibilité.

#### **La place des personnes dans le processus d'évaluation**

Si l'on se réfère à un concept de santé « état de bien-être » et non « absence de maladie », l'action éducative doit contribuer à améliorer le niveau de bien-être. Seules les personnes concernées peuvent juger si elles se sentent mieux ou pas. Il est donc indispensable de donner la parole aux personnes.



## Evaluation externe et interne

<b>Les évaluateurs externes</b>	
<b>Avantages</b>	<b>Inconvénients</b>
<p>Indépendants des intérêts personnels et professionnels des acteurs du programme.</p> <p>Meilleure crédibilité vis-à-vis de l'extérieur.</p> <p>Des connaissances et des compétences techniques garantant d'une rigueur scientifique.</p> <p>Peuvent agir comme médiateurs en cas de conflits.</p>	<p>Dépendent du commanditaire et des choix institutionnels.</p> <p>L'objectivité scientifique ne les empêche pas forcément d'avoir des idées reçues sur le problème de santé considéré ou sur certaines populations...</p> <p>Peuvent être plus intéressés par l'aspect « recherche » et par les publications que par le programme en tant que tel.</p> <p>Nécessitent des budgets relativement importants.</p>

<b>Les évaluateurs internes</b>	
<b>Avantages</b>	<b>Inconvénients</b>
<p>L'évaluation est au plus près de leurs préoccupations et évolue en même temps que leurs questions.</p> <p>Meilleure connaissance du programme et du problème de santé traité.</p> <p>Peuvent agir en continu, pour une évaluation permanente.</p> <p>Le travail sur l'évaluation est aussi un temps de formation et de régulation.</p>	<p>Les professionnels peuvent hésiter à s'exposer, à remettre en cause leurs pratiques professionnelles.</p> <p>Eprouvent parfois des difficultés à prendre de la distance par rapport à leur travail.</p> <p>N'ont pas toujours suffisamment de temps à consacrer à l'évaluation.</p> <p>Ont peu de connaissances théoriques et techniques a priori.</p>

NOCK Francis. *Petit guide de l'évaluation en Promotion de la Santé*, Paris : Edition FNMF, 2000, p.17.

#### Les objets de l'évaluation (*transparent p. 91*)

On évalue :

- le contexte (c'est l'analyse de la situation) ;
- les ressources et les méthodes à utiliser ;
- le processus (c'est le déroulement des activités) ;
- les résultats de l'action (effets attendus, effets produits et résultats obtenus).

► **L'évaluation quantitative** : recueil de données chiffrées, c'est une méthode intéressante mais souvent limitée. De plus, si l'on admet que la santé n'est pas l'envers de la maladie, il apparaît peu adapté d'évaluer les résultats d'une action d'éducation pour la santé en comptabilisant le nombre des personnes malades. Ceci est d'autant plus discutable que les déterminants de la maladie sont nombreux. Attribuer une baisse du nombre de pathologies à la seule action éducative est hasardeux.

► **L'évaluation qualitative** : elle est plus utile en éducation pour la santé, car elle analyse des facteurs de changement et elle permet, éventuellement, une remobilisation des partenaires.

L'évaluation qualitative correspond mieux aux objectifs de l'éducation pour la santé. Il conviendra alors de convaincre les institutionnels des critères qualitatifs en :

- prenant appui sur de la théorie, des résultats d'enquête montrant que les éléments à prendre en compte sont bien d'ordre qualitatif (indiquer des références bibliographiques) ;
- respectant une démarche d'évaluation rigoureuse, éventuellement validée par un spécialiste externe (sociologue...). Tenir des fiches d'évaluation qui mettent en évidence les critères qualitatifs.

*Exemple* : être en mesure de dire, pour la moitié du groupe, il y a eu création de lien social (inscription à des activités du quartier...), trois personnes ont entrepris des démarches de soin...

## **Evaluer et ajuster (1)**

### **On évalue :**

- ▶ le contexte ;
- ▶ les ressources ;
- ▶ le processus ;
- ▶ les résultats de l'action.

L'évaluation se situe à toutes les phases de l'action et concerne tous ses contenus (activités, interventions, réalisations...).

L'évaluation est favorisée par un suivi régulier du déroulement.

## **Evaluer et ajuster (2)**

- ▶ La construction des indicateurs d'évaluation est concomitante de la rédaction des objectifs ;
- ▶ Eviter de dissocier le déroulement continu de l'évaluation, du processus et des étapes qui scandent l'action ;
- ▶ Négocier en comité de pilotage les modalités d'évaluation qui doivent trouver consensus (financement, indicateurs, effets attendus...) ;
- ▶ Rendre compte de l'évaluation à l'ensemble des acteurs, aux décideurs, aux institutions et aux financeurs ;
- ▶ Envisager une suite à partir des conclusions de l'évaluation.

### Les critères d'évaluation

**L'évaluation du processus** : on fera facilement appel à des grilles de travail élaborées à partir de « questions à se poser » correspondant aux différentes étapes :

#### ► **Elaboration du projet**

Quand est née l'idée ?  
De qui ?  
Pourquoi ?  
Pour qui ?  
Avec qui ?  
Comment ?  
Avec quelles contraintes ?  
Dans quel contexte ?

#### ► **Définition des objectifs**

Le public est-il concerné par les objectifs ?  
Qui les a définis, sont-ils recevables ?  
À quels résultats voulait-on parvenir ?  
Sont-ils adaptés aux moyens, au lieu, aux besoins ?

#### ► **Elaboration des stratégies**

Rôles des partenaires et qui sont-ils ?  
Quel calendrier des rencontres ?  
Quel rôle pour chaque instance ?  
Quelle information sur le projet ?  
Quelles articulations avec d'autres projets, d'autres structures ?  
Quelle place laissée au public ?

#### ► **Elaboration de l'évaluation**

Par qui ?  
Comment ?  
Pourquoi ?  
Pour qui ?  
Sous quelle forme ?  
Avec quels outils ?  
Valorisée comment ?

### Évaluer le projet

#### L'évaluation des résultats peut se faire :

1) Par une analyse qualitative (entretien individuel ou collectif; observation) sur des critères tels que :

▶ **Le degré de participation**

- le nombre de questions posées ;
- le nombre d'échanges ;
- l'intérêt exprimé (par les paroles ou par le corps) ;
- poursuite dans le temps de l'intérêt (ex : reposer les questions par la suite, en reparler).

▶ **L'évolution des attitudes et des aptitudes**

- attitudes directement liées au sujet (prendre un petit-déjeuner, ne pas conduire en ayant bu...);
- attitudes liées à la dynamique de l'action (s'ouvrir, être force de propositions, critiquer...);
- hors du groupe (faire des démarches de santé ou d'insertion, s'inscrire à des activités...).

▶ **Les modifications apportées à l'environnement** (politiques, structures...)

▶ **La valorisation de l'action et/ou des personnes**

- les personnes reparlent de l'action à leur entourage ;
- acquisition de connaissances et évolution des représentations des personnes.

2) Par l'analyse quantitative qui mesurera la participation aux actions :

▶ **Nombre de personnes participant**

▶ **Nombre de refus de participer**

▶ **Nombre de participants aux temps forts (permet d'évaluer la capacité de mobilisation sur le thème)**

#### Des outils d'évaluation

- grille d'évaluation des activités (*documents à distribuer p. 96-97*) ;
- éléments recueillis dans son journal de bord (*document à distribuer p. 98*) ;
- grille d'observation d'une séance vidéo (*document à distribuer p. 99*) ;
- photographier un processus d'action (*documents à distribuer p. 100-101*).

#### Evaluer le projet

##### **Précisions relatives à l'utilisation des outils d'évaluation**

- ▶ Une grille d'observation se remplit en temps réel. Il faut donc être deux, un animateur et un observateur, et prévenir les participants, en leur expliquant ce que l'on relève et pourquoi on le fait.
- ▶ Il est nécessaire que l'ensemble des personnes qui joueront le rôle d'observateurs au cours du programme aient été formées à l'utilisation de la grille. Le test au cours des premières séances permet de vérifier qu'il y a bien accord sur les définitions et la façon de la remplir.
- ▶ Le choix des items est fondamental, et est à définir à chaque nouveau programme. S'il peut être utile de partir de grilles existantes pour les adapter, il faut résister à la facilité et ne pas se contenter d'en recopier une...
- ▶ Il est toujours intéressant d'ajouter une case « autre », même si l'on croit avoir pensé à tout.

## Évaluer le projet

### Grille d'évaluation des activités (exemple 1)

#### Objectif

- ▶ Évaluer les différentes composantes d'une action.

#### Présentation

Date : .....

Nom de la personne remplissant la fiche : .....

Décrire l'activité analysée (le constat de départ) : .....

.....

.....

Pour atteindre l'objectif (ou les objectifs) : .....

.....

.....

	Prévisions	Moyens utilisés pour y parvenir	Résultats atteints	Moyens à mettre en oeuvre pour poursuivre
L'animateur				
Les acteurs de terrain				
Les premiers concernés				

#### Conseil d'utilisation

- ▶ Après chaque activité, à faire remplir par :
  - l'animateur,
  - les acteurs de terrain,
  - les personnes concernées.

Grille proposée dans : *Tabac. Guide d'actions jeunes*. Paris : CFES, 1994.



## Grille d'évaluation des activités (exemple 2)

### Les activités ont-elles été réalisées ?

activité 1      oui  non

activité 2      oui  non

activité 3      oui  non

La réalisation des activités est un indicateur.

### Les partenaires sont-ils intervenus comme prévu ?

activité 1      oui  non

activité 2      oui  non

activité 3      oui  non

L'intervention des partenaires est un indicateur.

### Leur participation a-t-elle été appréciée par le groupe ?

nombre de questions posées .....

contenu des questions .....

durée des réunions .....

réactions enregistrées auprès des groupes à l'issue des  
réunions.....

autre .....

Ces éléments sont des indicateurs plus objectifs qui permettent d'apprécier la participation.

Des questions plus ouvertes permettraient de recueillir l'opinion des cadres et des membres de l'équipe (ceux impliqués dans les réunions et les autres) à ce sujet.

Selon qu'il y a consensus ou divergences d'appréciation, on peut considérer que l'action est globalement, moyennement ou peu appréciée.

### Les conditions matérielles - temps, budget - prévues pour les activités ont-elles été :

activité n°      suffisantes                     

                                 à peine suffisantes                     

                                 insuffisantes                             

                                 inadaptées                               

(indications par activité)

Grille proposée dans le guide *Pour organiser une action de prévention dans le domaine de l'infection à VIH*, Paris : Agence française de lutte contre le sida, 1993, p.91.

## Evaluer le projet

### Journal de bord

#### Objectifs

- ▶ Mémoriser et garder trace du déroulement d'une action ;
- ▶ Faciliter l'évaluation (temps, coût, processus, impact).

#### Présentation

Projet : ..... Intervention : .....

Date : .....

Lieu : .....

Temps : .....

Public : .....

Contenus Activités	Facteurs +	Facteurs -	Remarques
Objectifs fixés			
Déroulement			
Supports et outils utilisés			
Objectifs réalisés			
Suites à donner			

#### Déroulement

- ▶ À remplir au fur et à mesure des temps de l'action.

#### Avantages

- ▶ Mémoire ;
- ▶ Capital d'expérience ;
- ▶ Évaluation ;
- ▶ Quantification.

#### Limites

- ▶ Temps ;
- ▶ Démarche individuelle (à rendre compte).

#### Conseils d'utilisation

- ▶ Pour soi-même dans la conduite des activités ;
- ▶ Pour les intervenants extérieurs et ponctuels ;
- ▶ En prévision d'un rapport d'évaluation.

Grille proposée dans le guide : TULEU F., BRIXI O.  
*Santé Précarité : Guide d'aide à l'action.* Vanves : CFES, 1997, pp. 69-70.

## Evaluer le projet

### Grille d'observation d'une séance vidéo

#### Objectif

- ▶ Relever ce que l'on voit, ce que l'on entend.

#### Présentation

Date :	Lycée :	Intervenants :
	Classe :	Autres adultes :
Nombre de garçons	<input type="text"/>	Nombre de filles
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Interventions	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	accord    rejet    mitigé	accord    rejet    mitigé
Remarques sur le film	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
les situations à risques	<input type="text"/>	<input type="text"/>
la prévention	<input type="text"/>	<input type="text"/>
le soutien	<input type="text"/>	<input type="text"/>
autres	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Commentaires intervenants :		

NOCK F. *Petit guide de l'évaluation en promotion de la santé.*  
Paris : Editions FNMF, 2000, p. 38.

#### Commentaires

- ▶ Se remplit en temps réel ;
- ▶ Être deux : un animateur et un observateur.

## Photographier un processus d'action (1)

### Objectifs

- ▶ Trouver une aide à l'évaluation ;
- ▶ Formaliser les aspects d'une action ;
- ▶ Aider à rédiger une évaluation.

### Présentation

On considère que l'évaluation dans le réel intègre les différentes phases de la planification.

C'est à l'évaluateur de privilégier, au fur et à mesure de l'action, l'articulation qui lui semble la plus pertinente à ce moment là autour des aspects suivants :

- ▶ L'analyse de situation ;
- ▶ Le choix des priorités ;
- ▶ Les réajustements ;
- ▶ La mise en oeuvre :
  - les outils utilisés,
  - les intervenants,
  - les facteurs favorisants,
  - les facteurs freinants.

### Déroulement

On peut, si on le souhaite, illustrer graphiquement ce processus sur un axe horizontal qui illustre le déroulement de l'action dans le temps (1).

Les promoteurs du projet peuvent aussi délimiter les étapes du processus sur cet axe (2).

Pour faciliter la lecture de ce processus, on pourra placer les aspects évoqués plus haut :

- au-dessus de l'axe horizontal si c'est considéré comme facteur favorable ;
- en-dessous de l'axe horizontal si c'est considéré comme facteur défavorable (3).

## Photographier un processus d'action (2)

### Exemple

	Etape 1	Etape 2
Facteurs +	Analyse de la situation Utilisation du Photolangage (2)	Définition des objectifs  ——— { Temps (1)
Facteurs -		Manque d'implication de l'association x (3)

### Avantages

- ▶ Visualise les différents facteurs d'une action ;
- ▶ Mémoire.

### Conseils d'utilisation

- ▶ En travail de groupe ;
- ▶ Avec un intervenant extérieur ;
- ▶ Une fois l'action passée.

### Limites

- ▶ Schématisation réductrice.

Grille proposée dans le guide : TULEU Fabien, BRIXI Omar.  
*Santé Précarité : Guide d'aide à l'action*. Vanves : CFES, 1997, pp. 77-78.

### **Valorisation de l'évaluation**

Le travail d'évaluation est à valoriser. La définition des résultats de l'évaluation peut prendre des formes variées, en fonction des objectifs fixés.

#### **Savoir diffuser les résultats :**

- rapport soumis aux partenaires, financeurs...;
- proposition d'articles dans le journal interne aux institutions, dans des journaux destinés aux professionnels, au public...;
- rencontres entre les partenaires pour présenter les résultats ;
- mise en valeur dans les répertoires internes aux institutions, les rapports d'activités ;
- médias ;
- création d'un petit « journal » synthétisant les résultats pour le public ;
- circulation de l'outil quand le projet a donné lieu à une création ;
- présentation lors d'une table ronde, d'une conférence etc...;
- présentation des résultats en réunion interne.

**Recommandation : attention au respect de l'anonymat des personnes du groupe dans l'évaluation.**

## 4.5 Documenter le projet

### La recherche documentaire

La recherche documentaire est l'ensemble des méthodes et techniques permettant d'identifier, de collecter, de traiter et de sélectionner des informations.

Le formateur déroule la démarche d'un projet concret afin d'illustrer l'intervention de la documentation à chacune de ses étapes et les apports correspondants.

**Tout au long d'un projet d'éducation pour la santé, elle** (*transparents p. 106-107*) :

- ▶ Contribue à la formation continue grâce aux approches multidisciplinaires et au passage des idées au travers du temps
  - pour développer connaissances et compétences ;
  - pour définir son champ et construire son identité professionnels ;
  - pour contribuer à faire évoluer la pensée.
  
- ▶ Apporte des données sur le public concerné par le projet, les contextes sanitaire, social, institutionnel dans lesquels il s'inscrit
  - pour fixer les priorités, les objectifs.
  
- ▶ Participe à l'élaboration d'un argumentaire auprès des décideurs, financeurs, partenaires
  - pour légitimer les priorités et objectifs retenus.
  
- ▶ Procure un appui méthodologique à l'élaboration d'un projet, depuis l'étude des besoins jusqu'à l'évaluation et la valorisation
  - pour assurer cohérence et pertinence au projet .
  
- ▶ Fournit l'expérience issue de projets déjà menés
  - pour éviter de reproduire certaines erreurs, tirer profit des réussites, de travaux antérieurs.
  
- ▶ Constitue un outil d'échanges entre partenaires
  - pour élaborer une réflexion commune.

!!! Une expérience n'est toutefois pas transposable dans son intégralité car chaque projet se construit dans un contexte forcément unique.

### Documenter le projet

#### **Comme toute démarche, la recherche documentaire exige certaines conditions de faisabilité et de mise en oeuvre :**

- ▶ Définir clairement et précisément ses attentes et besoins, les objectifs que la recherche doit servir (*transparent p. 108*)
  - pour ne recueillir et traiter que la seule information nécessaire et ainsi éviter de perdre du temps et de l'argent.
- ▶ S'assurer de la fiabilité des sources d'informations (*transparent p. 110*)
  - pour bénéficier de données validées scientifiquement et non périmées.
- ▶ Prévoir un budget
  - pour financer le temps de travail nécessaire à cette activité, aux éventuelles acquisitions et adhésions à des centres de documentation.

#### **Les différentes phases**

##### **1) Définir l'objet de la recherche**

- ▶ Que cherchez-vous
  - des données médicales, psychosociologiques, statistiques, etc. ;
  - des expériences d'actions de prévention ;
  - des références d'outils pédagogiques.
- ▶ Dans quel but ?
  - quel type d'action voulez-vous mener ?
  - auprès de quel public ?
  - sur quel (s) thème (s) ?
  - sous quelle forme ?

Tous ces éléments d'information permettent de mieux orienter la recherche documentaire.

##### **2) Établir une stratégie de recherche qui consiste à exploiter la documentation déjà réunie :**

- les livres : utiliser les index et la table des matières pour rechercher rapidement le chapitre qui correspond à votre thème ;
- les revues : utilisez les index, généralement publiés en décembre ou en janvier, pour retrouver les articles traitant de votre sujet ;
- les produits documentaires envoyés par des centres de documentation : revues d'acquisition, revues de presse, bibliographies, dossiers documentaires, etc.

Exploitez toutes les informations que contiennent les documents dont vous disposez

- les bibliographies complémentaires, les adresses, les agendas de colloques (pour retrouver les actes des colloques, par exemple).



### Documenter le projet

Attention : lorsque vous produisez un document, vérifiez toujours que la source est bien indiquée (auteur, titre du livre ou de la revue dont il est tiré, éditeur, date). Un document sans indication de source n'est pas utilisable.

Rechercher les centres de documentation et les organismes locaux intervenant dans le champ qui vous intéresse. Pour cela, consultez les répertoires et annuaires spécialisés (répertoires de centres de documentation, répertoires des institutions sanitaires et sociales du département, etc.).

À titre d'exemple, voici quelques organismes locaux intervenant dans le champ de la santé publique et qui disposent de centres de documentation : les Comités d'éducation pour la santé, les Observatoires régionaux de la santé, les Caisses d'assurance maladie, les Directions départementales et régionales des affaires sanitaires et sociales, les Observatoires régionaux de l'INSEE, les Centres d'information jeunesse, etc.

**3) Sélectionner parmi les références obtenues celles qui correspondent à la recherche entreprise** (que la thèse défendue soit favorable ou contraire à l'intuition de départ)

Par exemple, il n'est pas nécessaire de retenir des statistiques internationales si l'on mène une action en France sans comparaison avec l'étranger.

Cette étape peut aboutir à :

- la reformulation du sujet de votre recherche : selon l'état de la littérature, vous serez amené à réduire ou élargir votre sujet de recherche, autrement dit, à modifier plus ou moins votre projet ;
- un approfondissement de la recherche : chercher des références bibliographiques complémentaires en consultant les bibliographies des documents obtenus ou en interrogeant des bases de donnée ;
- l'appréciation de la façon dont le sujet a été traité jusque-là (voir avec quels thèmes il a été associé ou non).

GUIBOURGE F., PALICOT A.M., BRIXI O., CHOUKROUN O. *Promotion de la Santé et milieu pénitentiaire*. Vanves : Ed. CFES, 1997, p. 95-97. (La santé en action)

## **La documentation**

### **des ressources fiables**

#### **pour une aide pratique à chaque étape du projet (1)**

- ▶ contribue à la formation continue grâce aux approches multidisciplinaires et au passage des idées au travers du temps
  - pour développer connaissances et compétences,
  - pour définir son champ et construire son identité professionnels,
  - pour contribuer à faire évoluer la pensée ;
  
- ▶ apporte des données sur le public concerné par le projet, les contextes sanitaire, social, institutionnel dans lesquels il s'inscrit
  - pour fixer les priorités, les objectifs ;
  
- ▶ participe à l'élaboration d'un argumentaire auprès des décideurs, financeurs, partenaires
  - pour légitimer les priorités et objectifs retenus.

## **La documentation**

### **des ressources fiables**

#### **pour une aide pratique à chaque étape du projet (2)**

- ▶ procure un appui méthodologique à l'élaboration d'un projet, depuis l'étude des besoins jusqu'à l'évaluation et la valorisation
  - pour assurer cohérence et pertinence au projet ;
  
- ▶ fournit l'expérience issue de projets déjà menés
  - pour éviter de reproduire certaines erreurs, tirer profit des réussites, de travaux antérieurs ;
  
- ▶ constitue un outil d'échanges entre partenaires
  - pour élaborer une réflexion commune.

!!! Une expérience n'est toutefois pas transposable dans son intégralité car chaque projet se construit dans un contexte forcément unique.

**Définir clairement et précisément  
ses attentes et besoins, les objectifs  
que doit servir la recherche documentaire**

- ▶ Un professionnel de la documentation aide à la formulation des attentes et besoins.

## Identifier les sources d'information

▶ Au sein de la structure

Un professionnel de la documentation repère, collecte, sélectionne, organise, diffuse de manière adaptée les ressources documentaires disponibles.

▶ Auprès des partenaires

Un professionnel de la documentation identifie les ressources disponibles de chacun et organise un protocole d'échange entre partenaires.

▶ Dans les centres de documentation locaux

Un professionnel de la documentation, même si son champ d'activité ne couvre pas exactement celui de l'éducation pour la santé, a généralement connaissance des ressources accessibles.

▶ Par les nouvelles technologies de l'information et de la documentation (NTIC) : bases de données, sites Internet

Un professionnel de la documentation donne quelques références et/ou clés pour une recherche efficace.

## **Sélectionner les documents : 2 critères indispensables**

- ▶ la pertinence : les documents doivent répondre à toutes les attentes et uniquement à celles-ci
- ▶ la fiabilité : elle est liée à la source qui doit être reconnue comme valide

Un professionnel de la documentation assure une diffusion sélective et personnalisée de l'information en fonction des intérêts et préoccupations de chaque professionnel.

## **Lire les documents, s'appropriier les informations**

- ▶ Un professionnel de la documentation analyse les documents, en décrit le contenu, en repère l'intérêt et les possibles apports pour les professionnels.

## **Organiser la documentation recueillie afin de pouvoir la réexploiter ultérieurement**

- ▶ Un professionnel de la documentation classe les documents de manière à ce que tout usager soit à même de retrouver ceux qui répondront à sa demande .



## 5.1 Pourquoi travailler en partenariat ?

Le rapport à la santé, la multiplicité des déterminants et des problèmes de santé rencontrés invitent à développer un travail multipartenarial.

Sophie Fievet et Annick Clijster résumant les raisons de travailler en partenariat dans l'ouvrage *Le partenariat : qui s'y perd, s'y trouve...* / S. Fievet, A. Clijsters. Bruxelles : Maison Médicale Norman Bethune, 1999. 39 p.

▶ **Pour travailler avec la population, il permet :**

- de compléter les données déjà récoltées et d'avoir une meilleure définition des besoins ;
- de répondre au mieux aux besoins pour améliorer la qualité des services offerts à la population ;
- de favoriser l'autonomie et la responsabilisation des personnes.

▶ **Pour rassembler, récolter les données de chaque acteur de terrain, il permet :**

- d'avoir une vue plus objective de la situation ;
- de se poser des questions sur ses propres données ;
- de relever les différents besoins de la population ;
- de connaître les ressources existantes.

▶ **Pour mener des actions en commun selon la spécificité de chacun, il permet :**

- d'avoir un impact plus important auprès de la population ;
- d'agir de manière plus adéquate, plus cohérente, d'apporter des réponses plus adaptées aux besoins de la population ;
- d'éviter la surenchère (chacun ayant une mission précise pour un objectif commun);
- de se répartir le travail ;
- de mettre à la disposition du groupe son savoir-faire (expériences, outils...);
- de mettre en oeuvre une approche globale.

▶ **Pour le désir d'être reconnu par les autorités locales et les autres partenaires**

## 5.2 Les partenaires techniques

Il s'agit pour des structures indépendantes, des professionnels de terrain, de mettre en commun leurs compétences, sous l'impulsion d'un promoteur de projet. Ces coordinations peuvent prendre la forme de réseaux dans le cadre de projets menés sur le long terme.

Ils constituent une interface entre les publics et les partenaires institutionnels.

### Les questionnements des professionnels à partir des difficultés rencontrées sur le terrain

- ▶ Comment tenir compte des problèmes d'enjeux, de priorités, de missions, de valeurs, de représentations de la santé, de disponibilités, de méthodes de travail, différents en fonction de l'appartenance institutionnelle, professionnelle et de l'histoire personnelle de chacun ?
- ▶ Comment mobiliser les encadrants sur le long terme, apporter un souffle nouveau ?
- ▶ Comment travailler sur le long terme malgré le turn-over des partenaires ?

### Quelques repères

#### 1) Lors de la mise en place du partenariat

- ▶ Connaître les différents niveaux de partenariat et leur rôle :
  - groupe de pilotage : il se positionne sur la validation du projet, s'engage en terme de personnes et de moyens ;
  - groupe technique : il établit les règles du jeu (langage commun, choix des méthodes), écrit le projet et accompagne son déroulement.
- ▶ Choisir les partenaires selon certains critères, au service du projet : compétences intéressantes pour le projet et complémentarité, valeurs partagées, antécédent de travail commun, représentativité d'une structure par rapport à son réseau, convictions de l'utilité du projet.

#### 2) Au début du projet

- ▶ Associer les partenaires dès l'élaboration du projet. Il sera nécessaire d'établir un langage et des valeurs communs, d'élaborer les objectifs, les méthodes de travail et l'évaluation ensemble. Il sera utile de faire valider les écrits par l'ensemble des partenaires lors de chaque séance de travail.
- ▶ Réfléchir à ce que le projet apporte à chacun des partenaires.

## Les partenaires techniques

- ▶ Identifier la place de chacun dans le projet : qui fait quoi, quand et comment.
- ▶ Si la présence de médecins ou de professionnels locaux médiateurs est utile au projet, il sera intéressant d'associer un médecin « interface » (PMI, RMI, scolaire disponible et ne rentrant pas en concurrence avec le secteur libéral).

### 3) Au fil du projet

- ▶ Gérer le problème du turn-over des partenaires. Pour cela il est important que ce soit la structure qui s'engage et non le professionnel. Celle-ci engage dans la mesure du possible la ou les personnes impliqué(es) dès l'élaboration du projet.
- ▶ Gérer le problème de la démobilisation. Il est utile :
  - d'identifier un chef de projet (ou deux en co-pilotage) chargé de la remobilisation, de formaliser la mémoire du projet et de la transmettre (écriture du projet, des bilans intermédiaires, des comptes rendus de réunion, de l'évaluation) ;
  - de valoriser les projets par des temps forts, une médiatisation, des informations régulières aux politiques ;
  - de questionner régulièrement le projet par des évaluations intermédiaires afin de le réajuster et éventuellement le modifier.

## 5.3 Les partenaires institutionnels

Ce sont les institutions qui en règle générale financent et définissent la commande : contexte législatif, grandes orientations, priorités, publics prioritaires...

### **Les questionnements des professionnels à partir des difficultés rencontrées sur le terrain**

- ▶ Comment travailler avec les partenaires institutionnels qui ont des logiques et des objectifs parfois différents des nôtres ?
- ▶ Difficulté à travailler sur le long terme (condition indispensable à l'atteinte de nos objectifs) sans pérennité financière; le bénéfice de l'action au groupe peut être contesté à tout moment.

### **Quelques repères**

- ▶ Etablir des liens réguliers avec les financeurs (réunions, évaluations, médias) afin de faire connaître les actions réalisées et leurs priorités pour anticiper les décisions financières.
- ▶ Dès le départ, tenir compte à la fois de la demande des partenaires institutionnels et de la demande émanant du terrain en mettant en place des objectifs intermédiaires sur lesquels chacun s'engage. Par exemple, les professionnels de terrain désirent mener un travail de proximité dans la durée alors que les décideurs demandent des actions visibles. Il est possible de mener une action sur le long terme et de réaliser à un moment donné un temps-fort de communication. Si la valorisation du travail réalisé sur le terrain passe par la médiatisation, il est nécessaire de veiller à ce que le message transmis soit bénéfique au groupe, à la population concernée. Il s'agit de présenter les personnes comme actrices du projet.

## 5.4 Des partenaires possibles

Cette liste n'est pas exhaustive, en fonction du public, du quartier, de la thématique, des actions, d'autres partenaires peuvent être mobilisés.

### ► **Tout public**

- Associations « professionnalisées » (CDPA, CIDF, CODES...) et associations locales d'habitants (de femmes, culturelles, comités de quartier...);
- Caisse d'Allocations Familiales ;
- Caisse Primaire d'Assurance Maladie (Centres d'Examen de Santé à Saint Briec et à Rennes, Services d'Education pour la Santé) ;
- Communes et Communautés de communes, Centres Communaux d'Action Sociale ;
- Conseil Général et Centres Médicaux Sociaux (Finistère et Morbihan), Centres Départementaux d'Action Sociale (Ille et Vilaine) et Circonscriptions Départementales de la Solidarité (Côtes d'Armor) ;
- Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (voir les organigrammes pour chaque département, plus particulièrement pour les pôles santé et social) ;
- Direction Départementale de la Jeunesse et des Sports ;
- Hôpitaux (Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit, Permanence d'Accès aux Soins de Santé, Réseau Ville-Hôpital, Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires) ;
- Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie ;
- Mutualité Sociale Agricole et Mutuelles ;
- Union Départementale des Associations Familiales.

### ► **Jeunes de moins de 25 ans**

- Association Départementale Information Jeunesse et Points d'Information Jeunesse ;
- Associations sportives et culturelles ;
- Centres Médico-Psychologiques Infantiles (adolescents) ;
- Centres de Planification Familiale ;
- Direction Départementale de la Protection Judiciaire de la Jeunesse ;
- Inspection Académique (Service de promotion de la Santé en faveur des Élèves et Service Social en faveur des Élèves, Centres Médico-scolaires) ;
- Missions Locales pour l'Insertion Professionnelle des Jeunes ;
- Foyers de Jeunes Travailleurs ;
- *c f.* « tout public ».

### ► **Enfants**

- Centres d'Action Médico-Sociale Précoce et Centres Médico-Psychologiques Infantiles ;
- Inspection Académique (Service de promotion de la Santé en faveur des Élèves et Service Social en faveur des Élèves, Centres Médico-scolaires, Zones d'Education Prioritaire) ;
- *cf.* « tout public ».

### Des partenaires possibles

#### ► **Personnes en difficulté**

- Accueils de jour, Points santé, Centres d'Hébergement et de Réadaptation Sociale ;
- Associations caritatives (Secours Catholique, ATD Quart Monde, Croix-Rouge, Restos du cœur, Secours Populaire, Gens du voyage...);
- Centres Communaux d'Action Sociale ;
- Cellules Locales d'Insertion ;
- Fédération Départementale des services de Maintien à Domicile ;
- Permanences d'Accès aux Soins de Santé des hôpitaux.

Un annuaire des Acteurs Prévention Santé a été réalisé dans le département des Côtes d'Armor, celui-ci est disponible au **CODES, 15 bis rue des Capucins, BP 521, 22005 Saint Brieuc cedex 1.**

Un annuaire des acteurs de la lutte contre les exclusions destiné aux professionnels et bénévoles travaillant avec des publics en difficulté (logement, emploi, insertion, accompagnement social, santé...) est disponible sur le site : **<http://www.annuaire-aas.com>**

## 6.1 Pourquoi et comment favoriser la participation des personnes ?

La participation des personnes est un des principes et point fort de l'éducation pour la santé inscrite dans une perspective de promotion de la santé. La charte d'Ottawa inscrit comme une priorité le renforcement de l'action communautaire par la participation des personnes à la définition des priorités, à la prise de décision et à l'action.

### Les questionnements des professionnels à partir des difficultés rencontrées sur le terrain

- ▶ Comment susciter l'intérêt?
- ▶ Comment procéder quand il n'y a pas de demande formulée?
- ▶ A partir de quoi mobilise-t-on un groupe?
- ▶ Comment mobiliser dans la durée ?
- ▶ Des membres d'un groupe peuvent-ils représenter ce groupe ?
- ▶ Quelle est la place des professionnels dans des activités participatives?

### La participation comme moyen ou comme processus

Oakley distingue deux niveaux de participation :

**La participation comme moyen** pour parvenir à un objectif donné et pour mobiliser des ressources et des énergies en vue de contribuer à la réussite des projets. La participation communautaire correspond alors à un souci d'amélioration de l'efficacité et de l'impact des interventions entreprises par les professionnels.

**La participation comme processus** contribue au renforcement du pouvoir de la communauté. À ce niveau, la notion d'*empowerment* est parfois préférée à celle de participation communautaire. Le terme de pouvoir est central et les enjeux sont davantage de nature politique.

OAKLEY P. *L'engagement communautaire pour le développement sanitaire : Analyse des principaux problèmes*. Genève : OMS, 1989.

En Français, le terme *empowerment* est traduit par « habilitation, empouvoirement, prise en charge, prise de contrôle, responsabilisation et subjectivisation ». À notre avis, il n'existe pas de consensus sur la traduction la plus adéquate. Nous conservons dans ce texte le terme anglais *empowerment* qui sous-tend « avoir du pouvoir sur soi et la collectivité ».

Paulo Freire parle de conscientisation qui est « un processus par lequel les hommes, en tant que sujets connaissant, et non en tant que bénéficiaires, approfondissent la conscience qu'ils ont à la fois de la réalité socioculturelle qui modèle leur vie et de leur capacité de transformer cette réalité ».

FREIRE P. *Pédagogie des opprimés « suivi de » Conscientisation et révolution*. La Découverte, 2001.

## Pourquoi et comment favoriser la participation des personnes ?

En éducation pour la santé notamment, il semble important de considérer la participation non pas comme un moyen au service de l'intervention du professionnel mais comme une fin en soi. En effet, elle est nécessaire à l'instauration du processus qui va redonner confiance en elle à la personne.

### **La question de la demande**

La demande des personnes s'exprimera plus facilement si « l'offre » des professionnels est connue des personnes et des groupes, c'est-à-dire la capacité de ces professionnels à répondre aux demandes.

L'adhésion des personnes sera favorisée par leur implication dans la construction du projet (exemples : auto-questionnaires, groupes de paroles...) et par un recueil au début de l'action des besoins de santé des personnes c'est-à-dire ce qui les préoccupe au quotidien.

La question du choix du thème d'action semble primordial pour faciliter l'adhésion des personnes au projet : privilégier la question qui préoccupe le plus favorisera la participation (même si ce thème ne correspond pas à la ligne budgétaire sur laquelle le financement a été obtenu !). De toutes manières, ce thème sera fréquemment une « porte d'entrée » qui permettra d'évoquer et de dérouler l'ensemble des conditions de vie. Enfin, l'expérience prouve qu'un thème « positif » (non formulé en termes de pathologie) sera plus mobilisateur et fédérateur.

### **Favoriser la participation dans la durée**

**En terme d'éléments de réponses, des démarches peuvent être privilégiées :**

- ▶ Pour éviter un essoufflement du projet, il semble important de définir l'action dans le temps en établissant un calendrier du projet qui prévoit un début et une fin pour chaque séance et dans le cas où le projet rencontrerait certaines difficultés savoir s'arrêter.
- ▶ Se fixer des objectifs concrets à court terme : chaque séance a un sens et aboutit à quelque chose. Les personnes retirent un bénéfice à chaque rencontre, par exemple en restituant à la fin de la séance les point-clés significatifs de ce qui a été fait et en gardant une trace concrète du travail du groupe qui sera repris lors des séances suivantes. Les personnes ont le sentiment de participer à la construction d'un tout, du lien est créé.
- ▶ Travailler avec les professionnels qui animent d'autres ateliers-santé sur un minimum de valeurs et objectifs communs afin que les personnes qui circulent dans des groupes différents retrouvent une même logique.
- ▶ Accepter les entrées et les sorties permanentes tout en ayant un seuil d'exigence minimal négocié avec le groupe.



### Pourquoi et comment favoriser la participation des personnes ?

#### **Utiliser des outils adaptés**

La question du choix des outils à utiliser est importante en éducation pour la santé, notamment dans cette perspective de participation des personnes à l'action.

Par exemple, des situations d'illettrisme se rencontrent plus souvent chez les personnes en situation de précarité. L'utilisation de l'image sera donc privilégiée si besoin.

#### **La question de la représentativité des personnes**

Un des enjeux de la participation des personnes concerne la représentativité des personnes.

Toute communauté est par définition hétérogène, composée de groupes sociaux différents qui entretiennent entre eux des relations mais qui peuvent être aussi des rapports de force. Quel groupe se fera donc entendre ? sans doute pas le groupe le plus fragile.

D'autre part, tout groupe est composé de personnes dont chacune a sa problématique santé personnelle à gérer : comment alors être représentant et porte-parole de son groupe ?

La réponse à ces questions nécessite d'une part de considérer comme essentielle l'étape d'analyse de la demande, d'autre part que les professionnels soient au clair avec leur rôle et leur positionnement.

#### **La place des professionnels dans des actions participatives**

La mobilisation et l'organisation des groupes et des personnes conduisent souvent à un remaniement des places et rôles des professionnels.

L'évolution du groupe vers le développement de ses capacités à agir est parfois difficile à appréhender et à accepter par les professionnels : « les professionnels ne possèdent plus un rôle central mais sont des ressources... ils devront trouver leur place dans la dynamique du groupe, c'est-à-dire réussir à se placer dans une perspective de production commune où la logique du professionnel ne peut prévaloir »<sup>1</sup>.

Il s'agit pour le professionnel d'impulser une démarche d'accompagnement à laquelle souvent il n'a pas été formé. Cette démarche demande au professionnel des qualités d'écoute, de médiateur et d'adaptation permanente. Le manque de formation des professionnels à ce rôle peut freiner la dynamique de participation, d'autant plus que le même scepticisme peut se retrouver chez les responsables institutionnels.

<sup>1</sup> SCHAPMAN S., LAURENT-BECQ A., OBERLE D., ALLA F. *La démarche communautaire, revue de la littérature*. Vandoeuvre-lès-Nancy : Société Française de santé publique, avril 1999.

La participation est le fait de prendre part, autrement dit de prendre sa part sous forme d'un apport personnel aussi bien à la pensée, qu'à l'action.

### **La participation :**

- ▶ implique de placer les personnes qui participent en position d'acteur ;
- ▶ ne peut se réduire à rentrer dans un cadre et à être présent passivement dans un projet préétabli ;
- ▶ s'oppose à la notion de décision imposée par un tiers ;
- ▶ un concept connoté positivement mais qui peut devenir une injonction paradoxale ;
- ▶ implique de la part des initiateurs de l'offre qu'ils acceptent de prendre le risque que la demande ne corresponde pas, voire remette en question, le contenu même de leur offre.

Michel WIEVIORKA. *Critique de la participation*.  
CNAF/ Informations Sociales Participer : le concept, n°43, 1995

## **Les caractéristiques d'une démarche participative**

- ▶ une démarche qui part de la population concernée et de ses préoccupations en matière de santé ;
- ▶ connaître la population concernée, par un contact direct ;
- ▶ des actions à l'échelon local ;
- ▶ des actions inscrites dans la durée ;
- ▶ transformation des rapports entre la population et les professionnels ;
- ▶ un travail d'équipe « inter-sectoriel » ;
- ▶ postulat : la population concernée a quelque chose à dire sur sa situation et possède la capacité de définir elle-même les problèmes qui la concernent.

## **Capacités demandées aux professionnels pour mener une démarche participative**

- ▶ savoir décrire la santé comme un phénomène multidimensionnel ;
- ▶ savoir identifier toutes les caractéristiques d'une communauté ;
- ▶ capacités d'écoute et d'adaptation permanente ;
- ▶ savoir enclencher une démarche d'accompagnement ;
- ▶ savoir bien identifier sa place et son rôle.

## 6.2 Le rôle de l'animateur

Si l'éducation pour la santé vise à transmettre des valeurs, il paraît essentiel que l'animateur réfléchisse à celles qu'il souhaite promouvoir au travers de son action et s'interroge sur les finalités de celle-ci.

Quels sont les principes auxquels je tiens?

Quel est le modèle de société auquel j'adhère?

Quelles relations entre les hommes je veux contribuer à construire?

Quelles sont les limites que je me pose?

**Un certain nombre de principes président à l'animation d'un groupe.** Larcher ressort six lignes de forces fondamentales. (LARCHER Pierre. Ethique. In *La santé communautaire, concepts/actions/formation*, Paris : Centre international de l'Enfance 1992, pp.135-138) :

- ▶ Le respect de l'individu, de la personne, a préséance absolue sur la fidélité à l'objectif du travail entrepris : le rôle du professionnel passe avant la tâche qui lui est confiée ;
- ▶ L'attitude du professionnel doit être avant tout une attitude d'écoute de l'autre ;
- ▶ Le souci de ne pas nuire doit être constant. Une communauté d'exclus est totalement sans défense contre un échec qui lui serait attribué beaucoup plus qu'aux professionnels ;
- ▶ Le souci de ne pas exclure, pour que le groupe conserve bien son identité est primordial ;
- ▶ L'expérience positive doit être systématiquement recherchée ;
- ▶ Le professionnel doit pouvoir situer son identité sociale de professionnel dans la communauté.

D'autre part, en tant que professionnel, l'animateur pour la santé doit être capable d'une auto-analyse de sa pratique au plan des connaissances à transmettre, des compétences techniques d'intervention et des compétences relationnelles.

### Le rôle de l'animateur dans le groupe

Pour la conduite du groupe, l'animateur doit veiller à ce que les principes énoncés soient respectés et à ce que la dynamique du groupe progresse. Lui seul peut déterminer, avec l'accord du groupe, à quel moment tel « expert » ou tel « témoin » pourra venir rencontrer le groupe et lui faire un apport, à quel moment telle démarche pourra être entreprise, telle visite pourra être faite...

### Le rôle de l'animateur

L'éducateur pour la santé est attentif au principe d'atelier fondé sur la parole. Il se présente tout d'abord, propose l'objet de son travail ( « Promouvoir la santé ? Qu'est-ce que cela veut dire ? Pourquoi ? Qu'avez-vous à en dire ?... »), le cadre (parfois jusqu'à dix séances d'atelier) puis énonce les règles de fonctionnement du groupe en expliquant leurs raisons d'être et en sollicitant l'assentiment des participants : « Parler en son nom. Respecter les avis des autres. Argumenter si on n'est pas d'accord. Ne pas nuire en utilisant à l'extérieur du groupe ce qui a pu être dit à l'intérieur, etc. ».

LARROSE Bruno, TRIAS Vincent. Les groupes de parole : espaces de mobilisation face à la souffrance psychosociale. *Santé de l'homme*, Juillet-Août 2000, n° 348, pp. 31-32.

**L'éducateur** pour la santé a un rôle facilitateur d'accompagnement mais ne doit pas se substituer au travailleur social, au médecin, au psychologue et surtout à la personne elle-même. Il **devra être attentif à certaines situations** :

- ▶ Face à la question de « savoir si tout peut être dit dans un groupe », l'animateur doit être particulièrement vigilant afin d'éviter les débordements. Il est alors conseillé de ne travailler dans le groupe que « ce qui a répercussion personnelle suffisamment commune pour l'ensemble des participants en sorte que chacun puisse l'écouter et avoir envie d'en parler sur cette scène micro sociale ». B. GOUDET
- ▶ Réguler et acheminer vers une négociation le conflit issu d'interactions intenses dans le groupe.  
« La phase d'implication personnelle forte amène des interactions intenses dans le groupe. Face à des propos très personnels, très particuliers, chacun peut adopter une réaction située dans une gamme assez large allant de l'adhésion complète à ce qui se dit et à celui qui parle (attitude d'«assimilation») jusqu'à l'opposition nette et la contre-proposition exprimant le désaccord, ce qui peut entraîner le conflit, qu'il faudra réguler et acheminer vers une négociation... C'est à ce prix que les représentations et les attitudes peuvent bouger ».
- ▶ Aider et stimuler les personnes qui ont du mal à s'exprimer en groupe, tout en reconnaissant les difficultés de prise de parole, et en saisissant toutes les opportunités qui se présentent et en les encourageant.
- ▶ Garantir à chacun sa place dans le groupe, afin de faciliter la tâche, l'animation pourra se travailler à deux. Une supervision sera parfois utile.

## 7.1 Connaître les différentes sources de financement

Il existe deux types de financement : la demande spontanée et l'appel d'offre.

Dans le cadre d'une demande spontanée, c'est l'acteur qui sollicite un financeur en lui soumettant un projet. Dans le cadre d'un appel d'offre, ce sont les financeurs qui proposent un financement sur des lignes budgétaires ciblées, sur des priorités déterminées.

Il sera utile de rencontrer les institutions afin de connaître leurs objectifs prioritaires.

A titre indicatif, voici une liste de financeurs potentiels à solliciter en fonction de la population :

- Associations caritatives ;
- Administration Pénitentiaire ;
- Caisse d'Allocations Familiales ;
- Communes, Contrat de Ville, Centres Communaux d'Action Sociale ;
- Conseil Général ;
- Conseil Régional ;
- Caisse Primaire d'Assurance Maladie, Service de Promotion de la Santé (Fonds National de Prévention et d'Intervention en Santé) ;
- Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale (Programme Régionaux de Santé, Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins, Dépendances, SIDA) ;
- Direction Départementale de la Jeunesse et des Sports ;
- Direction Régionale aux Droits des Femmes et Centre d'Information aux Droits des Femmes ;
- Éducation Nationale, Zone d'Éducation Prioritaire, Associations de Parents d'Élèves ;
- Crédits Européens, service européen de la Préfecture, CIRCOM ;
- Fond d'Action et de Soutien pour l'Intégration et la Lutte contre les Discriminations ;
- Fondation de France et autres fondations ;
- Mutuelles ;
- Mutualité Sociale Agricole ;
- Office Public des HLM ;
- ...

## 7.2 Etablir un budget prévisionnel

**Il faudra prendre en compte** (*document à distribuer p. 129*) :

- ▶ Les salaires : ils correspondent au temps de travail réel des professionnels (secrétariat, préparation et animation de réunions, rédaction de documents, évaluation, documentation...) consacré au projet, y compris les charges sociales ;
- ▶ Les honoraires des intervenants ;
- ▶ L'achat du matériel propre au projet (exemple : denrées alimentaires pour un atelier cuisine...)
- ▶ Les frais de déplacement (et éventuellement d'hébergement) des professionnels, des intervenants, et éventuellement des bénéficiaires ;
- ▶ Les frais de location de salle de réunion ou d'activité ;
- ▶ Les frais de photocopie si un document conséquent ou une diffusion large sont prévus ;
- ▶ Les frais d'envoi ;
- ▶ Les frais téléphoniques ;
- ▶ Les frais de réception (cafés, gâteaux...)
- ▶ Les frais de gestion : de 5 à 10 % du total du budget, ils correspondent aux frais de fonctionnement de la structure ;
- ▶ Les prestations valorisées correspondent à « ce qu'offre » une structure au projet.

Par exemple, le Centre Social met à disposition un local, un professionnel...

Il est important de les faire apparaître pour d'une part mettre en valeur le partenariat réel et d'autre part visualiser le coût réel du projet



## Etablir un budget prévisionnel

**Budget prévisionnel (Exemple)**

Dépenses	Recettes
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <b>Salaires</b></li> <li>- Chargé de projet Brut + Charges</li> <li>- Secrétariat Brut + Charges</li> <li>▶ <b>Participation Projet</b></li> <li>- Achat de matériel</li> <li>▶ <b>Honoraires</b></li> <li>- Intervenants</li> <li>▶ <b>Déplacements</b></li> <li>- du personnel</li> <li>- des intervenants</li> <li>▶ <b>Location de salle</b></li> <li>▶ <b>Publication - Photocopies - Diffusion</b></li> <li>▶ <b>Prestation valorisée</b></li> <li>▶ <b>Frais de Gestion</b></li> <li>▶ <b>autres</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <b>Conseil Général</b></li> <li>▶ <b>Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales</b></li> <li>▶ <b>CPAM</b></li> <li>▶ <b>Prestation valorisée</b></li> </ul>
Total	Total

Le budget prévisionnel doit être équilibré (dépenses/recettes égales).

## Etablir un budget prévisionnel

**Prévoir les ressources****Présentation**

La définition des objectifs permet d'identifier les ressources qui vont permettre la mise en oeuvre. Si un objectif explique ce que l'on souhaite développer, les ressources expriment :

- avec quoi on va faire ;
- avec qui on va faire ;
- où l'on va faire.

Ces axes déterminent en fait :

- les ressources matérielles ;
- les ressources humaines ;
- les ressources techniques (locaux, déplacements...).

L'identification des différentes ressources suffisamment prévue en amont favorise à la fois leur planification, la pertinence et la gestion de leur coût.

**Déroulement**

Ressources	Existantes	Possibles	A chercher	Coût
humaines				
financières				
techniques				
locaux				

**Avantages**

Ce tableau permet d'envisager toutes les ressources de manière globale.

Présenté lors d'une rencontre avec des partenaires ou lors d'un comité de pilotage, il favorise une lisibilité des coûts, les propositions de toutes les personnes présentes et permet donc de tendre vers l'exhaustivité.

## Etablir un budget prévisionnel

---

### **Limites**

La réalité des actions de terrain est souvent déterminée par un budget alloué, ce qui fausse l'idée de planification. Certains aspects sont parfois imposés par des financeurs.

### **Conseils d'utilisation**

Cette grille peut être utilisée lors de la rédaction ou de la formalisation d'un projet de manière à aider à la prévision et à la compréhension des financeurs.

Ultérieurement, dans la conduite du projet, elle peut permettre à certains partenaires d'être pris en compte (en clair, de ne pas être oubliés), ou d'être valorisés.

Grille proposée dans : TULEU F. Construire un projet : Prévoir les ressources. *La Santé de l'homme*, Novembre-Décembre 1997, n° 332, p. 19.

## 7.3 Etablir un dossier de demande de financement

Chaque institution fournit ses propres documents comptables qu'il faudra remplir, il ne faut pas hésiter à rencontrer la personne chargée de coordonner l'appel d'offre pour se faire aider.

En général les dossiers ne sont examinés qu'une fois par an, il faudra donc veiller à respecter les dates limites de dépôt des dossiers.

Il est plus prudent de ne pas engager une action avant d'avoir obtenu l'accord écrit de la subvention, ce qui peut demander parfois plusieurs mois. De plus les subventions sont souvent versées en plusieurs fois : une part lors de l'accord et l'autre part lors de la remise du bilan. D'autre part, certaines institutions exigent que les dépenses soient engagées avant la fin de l'année civile pour laquelle la subvention a été accordée. Toutes ces contraintes risquent de retarder ou nuire à la réalisation du projet. Élargir le partenariat financier permet de limiter ses effets négatifs.

## 7.4. Gérer son budget

---

Tout partenariat implique l'établissement d'une convention inter-partenariale, signée par chaque partenaire avant le début de l'action. Cette convention détaille l'engagement de chaque partenaire sur le projet.

### **Le suivi comptable**

Dans un souci de visibilité et de transparence, il est indispensable de garder les justificatifs des dépenses effectuées tout au long du projet ( factures...). Il est également nécessaire de tenir un « journal de bord financier » dans lequel figurent les dépenses engagées au fur et à mesure du déroulement du projet, ces dépenses étant réparties selon les postes prévus dans le budget prévisionnel. Ceci permettra d'une part de réajuster le budget prévisionnel si besoin, et d'autre part, de rendre compte des dépenses effectuées lors de la réalisation du bilan financier.

AUGOYARD P., RENAUD L. Le concept « d'empowerment » et son application dans quelques programmes de promotion de la santé. *Promotion & Education*, vol.V, 1998/2, pp.28-35.

BURY J.A. *Education pour la santé, concepts, enjeux, planification*. Bruxelles : De Boeck Université, 1988, 235 p.

FERRON C. *Développer la formation en éducation pour la santé. Objectifs et stratégies*. Vanves : CFES, 1999, 71 p.

FIEVET S., CLIJSTERS A. *Le partenariat, qui s'y perd, s'y retrouve...* Bruxelles : Maison Médicale Norman Bethune, rue Piers 68, 1999, 39 p.

FOURNIER P., POTVIN L. Participation communautaire et programmes de santé : les fondements du dogme. *Sciences sociales et santé*, 1995, vol.13, n°2, pp.39-59.

FREIRE P. *Pédagogie des opprimés « suivi de » Conscientisation et révolution*. La Découverte, 2001, 197 p.

GUIBOURGE F., PALICOT A.-M., BRIXI O., CHOUKROUN O. *Promotion de la santé et milieu pénitentiaire*. Vanves : CFES, 1997, 171 p. (La Santé en Action)

LARCHER P. Ethique. In : *La Santé communautaire, concepts, action, formation*. Paris : Centre International de l'Enfance, 1992, pp. 135-138.

NOCK F. *Petit Guide de l'Evaluation en Promotion de la Santé*. Paris : FNMF, 2000, 89 p.

SCHAPMAN S., LAURENT-BECQ A., OBERLE D., ALLA F. *La démarche communautaire, revue de la littérature*. Vandoeuvre-lès-Nancy : Société Française de santé publique, avril 1999, pp. 12-13.

TULEU F., BRIXI O. *Santé précarité, outil d'aide à l'action*. Vanves : CFES, 1997, 80 p. (Guide d'action)

# Principes généraux

## principes généraux

Notes de l'utilisateur

---

# Principes généraux

## principes généraux

Notes de l'utilisateur

---



# **culture commune** culture commune

Notes de l'utilisateur

---

# **culture commune** culture commune

Notes de l'utilisateur

---

Notes de l'utilisateur

---

Notes de l'utilisateur

---

# construire le projet

## construire le projet

Notes de l'utilisateur

---

# construire le projet

## construire le projet

Notes de l'utilisateur

---

# partenariat

## partenariat

Notes de l'utilisateur

---

# partenariat

## partenariat

Notes de l'utilisateur

---



# participation

## participation

Notes de l'utilisateur

---

# participation

## participation

Notes de l'utilisateur

---

# financer le projet

## financer le projet

Notes de l'utilisateur

---

# financer le projet

## financer le projet

Notes de l'utilisateur

---

## Introduction

*Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé  
Organisation mondiale de la Santé  
Première Conférence internationale pour la promotion de la santé*

**Ottawa, Canada, 21 novembre 1986**

La première Conférence internationale pour la promotion de la santé, réunie à Ottawa en ce 21 novembre 1986, émet la présente CHARTE pour l'action, visant la Santé pour tous d'ici l'an 2000 et au-delà. Cette conférence était avant tout une réaction à l'attente, de plus en plus manifeste, d'un nouveau mouvement de santé publique dans le monde. Les discussions se sont concentrées sur les besoins des pays industrialisés, tout en tenant compte des problèmes de toutes les autres régions. La Conférence a pris comme base de départ les progrès accomplis grâce à la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins primaires, au document « Les buts de la Santé pour tous », et au récent débat sur l'action intersectorielle pour la santé, dans le cadre de l'Assemblée mondiale de la santé.

## 1. La promotion de la santé

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

### Conditions préalables à la santé

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

### Promouvoir l'idée

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

### Conférer les moyens

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

## **Servir de médiateur**

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

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

## **2. L'intervention en promotion de la santé signifie que l'on doit :**

### **Elaborer une politique publique saine**

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

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

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

### **Créer des milieux favorables**

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

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

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

## **Renforcer l'action communautaire**

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

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

## **Acquérir des aptitudes individuelles**

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

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

## **Réorienter les services de santé**

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

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

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

## **3. Entrer dans l'avenir**

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

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

## **L'engagement face à la promotion de la santé**

Les participants de cette conférence s'engagent :

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

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

## **Appel pour une action internationale**

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

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



Ce document a été réalisé grâce à la participation financière de la DRASS de Bretagne et de l'URCAM Bretagne, ainsi qu'à la contribution technique des CODES des Côtes d'Armor, du Finistère, d'Ille-et-Vilaine et du Morbihan.

**Coordination :**

Marie Prat, CRES de Bretagne  
1, place du Maréchal Juin  
35000 Rennes  
tél : 02 99 67 10 51  
fax : 02 99 67 10 59  
e-mail : cres.bretagne@wanadoo.fr

**Conception graphique :**

Magdalena Sourimant, CRES de Bretagne

**Impression :**

reprographie Artekrepro, Rennes

décembre 2003