

■ DOSSIER THÉMATIQUE ■

Démarches territoriales *de santé*



ÉDITORIAL

Le pôle régional de compétences en éducation et promotion de la santé de Bourgogne vous propose une nouvelle revue annuelle « Les cahiers du pôle ». Il s'agit de publier les activités développées via le Pôle de Compétences tout en proposant un espace de collaboration écrite aux partenaires du pôle. La publication de ces cahiers se veut être davantage qu'une action de communication externe : elle vise également à participer à la capitalisation des savoirs et savoir-faire du champ de l'EPS/PS.

Nous vous souhaitons une bonne lecture !



SOMMAIRE

ZOOM SUR

épisané : un outil de travail collaboratif

DOSSIER

Démarches territoriales de santé

RECHERCHES/ÉTUDES

Analyse de cartes de vœux : mise en évidence d'une attitude différente envers les personnes diabétiques

REGARD SUR LES PRATIQUES

Participation des habitants et politiques locales de santé

PORTRAIT

Leviers d'un collectif de travail : le CRAN

ZOOM SUR

ÉPISANTÉ : UN OUTIL DE TRAVAIL COLLABORATIF



Échanger, partager, informer
sur la santé en Bourgogne



www.episante-bourgogne.org

Pour contribuer au développement d'une dynamique de travail en réseau, les acteurs de santé de la région ont rassemblé leurs travaux, leurs études et leurs outils sur un site portail unique. Professionnels de santé, porteurs de projets, étudiants, journalistes... peuvent visualiser l'ensemble des services et ressources disponibles dans la région.

Afin de réunir et faciliter l'accès à leurs ressources (actions, études, publications, travaux, outils, compétences...), l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (IREPS) et ses partenaires, l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) et l'Agence régionale de santé (ARS) ont conçu un site portail unique en Bourgogne : épisanté.

Ce portail rassemble toutes les informations utiles destinées à favoriser l'échange, le partage et l'information sur la santé. épisanté est un service, une bibliothèque de données, qui donne un diagnostic précis de l'état de santé des Bourguignons et une cartographie exhaustive des initiatives qui se développent pour améliorer l'état de santé.

5 bases de données, alimentées par des recherches documentaires et des contributions des partenaires, offrent un accès aux ressources classées en 5 thématiques (système de santé/indicateurs/problèmes de santé/populations/comportements et environnement) et 49 sous-thématiques.

Le calendrier des manifestations et journées régionales en santé donne un aperçu de la mobilisation des acteurs régionaux.

Exemple : épisanté propose une base de données « Territorialisation »

Dans le cadre de la communication sur la territorialisation des actions de santé en Bourgogne, un axe territorialisation a été développé.

Un module de cartographie des actions a été réalisé. Deux cartes (villes et pays) interactives ont été développées. Elles permettent d'accéder aux informations de la base de données territoriales : plaquette d'information pour les élus, cartographie des projets territoriaux de santé, diagnostics locaux (diaporamas, rapports...) réalisés dans le cadre des projets de territoires, état d'avancement des projets et coordonnées des personnes ressources...

Les porteurs de projets de santé disposent de références, de conseils méthodologiques et d'outils d'intervention pour les aider à donner corps à leurs initiatives.

épisanté permet également d'accéder aux travaux du pôle régional de compétences en éducation et promotion de la santé et de la Plate-forme d'observation sociale et sanitaire (PFOSS) et de connaître l'actualité en santé publique. Chaque acteur ou structure intervenant dans le champ sanitaire et social peut apporter une contribution grâce à un espace réservé.

L'approche globale en santé publique et promotion de la santé et les possibilités de contributions offertes aux internautes, font d'épisanté un outil de travail collaboratif incontournable en région.

Sabrina Deschamps

Chargée de projets
Instance régionale d'éducation
et de promotion de la santé (IREPS)



DOSSIER

DÉMARCHES TERRITORIALES DE SANTÉ

Avant propos

Des facettes multiples à la notion de territoire en santé

La santé est l'un des secteurs des politiques publiques où l'approche territoriale est très certainement la plus engagée. D'ailleurs, le territoire de santé est un des mots-clés de la loi Hôpital Patients Santé Territoires. Concernant la santé, la charte d'Ottawa (OMS, 1986) établit que celle-ci est *une ressource pour le développement social, économique et individuel* et que la promotion de la santé a pour but de créer (...) *les conditions favorables indispensables à l'épanouissement de la santé*. En ce sens, parler de santé et de territoire signifie parler de la qualité de vie sur un territoire, une démarche territoriale de santé consiste alors à construire du bien-être localement.

Le territoire comme espace de proximité

La proximité facilite le repérage de problématiques de santé spécifiques, le territoire de proximité étant un lieu d'observation privilégié. Mais l'échelle locale permet aussi de (re)donner la parole aux populations.

Le territoire comme espace de diagnostic et de projet

Un diagnostic local est un outil pour définir de façon partagée des priorités de santé sur un territoire. A partir d'indicateurs quantitatifs et d'éléments qualitatifs, il va permettre l'identification de problématiques spécifiques au territoire et des ressources disponibles. Mais bien au-delà de ces éléments de connaissances, il va permettre d'enclencher des dynamiques partenariales indispensables dans la construction du projet de santé.

Ainsi, le territoire s'il est un lieu d'interventions en santé est aussi un lieu où se tissent des relations, des réseaux pluri et interdisciplinaires nécessaires à une santé de proximité. De la même manière, si le territoire est un espace de concertation pour apprécier les besoins en santé d'une population, il est aussi un espace de mise en œuvre d'une coordination.

Nathalie PONTIER
Chargée de projets
IREPS



Sommaire

- **Un cycle de qualification « Coordonner un projet territorial de santé dans un environnement complexe »**

Charlotte GERARD, Chargée de développement

- **Une réflexion interinstitutionnelle et politique locale, préambule pour le développement d'actions territoriales de santé**

Marc VIGNAL, Psychosociologue consultant

- **La fonction de coordination dans une démarche territoriale de santé**

Nathalie PONTIER, Chargée de projets

- **Le diagnostic, préalable à l'élaboration du projet territorial de santé : applications en Bourgogne**

Aurore PETIGNY, Chargée d'études

- **Démarche territoriale de santé en pays Charolais-Brionnais**

Corinne L'HORSET, Responsable de projets

- **Éléments de bibliographie**

Agathe SANDON, Chargée d'ingénierie documentaire



Un cycle de qualification

« Coordonner un projet territorial de santé dans un environnement complexe »

Deux journées organisées en 2009 sur les thèmes « *Santé publique et Territoires : place et rôle des collectivités locales, quelles articulations et quelle animation locale ?* » (Trajectoire Ressources, Dole) et « *L'enjeu de la participation de la population et des professionnels* » (IREPS Bourgogne, Dijon), ont fait émerger une demande de formation. Des coordinateurs d'Atelier Santé Ville (ASV) et des animateurs santé des Pays en regard de leur positionnement interstitiel entre les acteurs institutionnels et les acteurs de terrain et par la mission de coordination qui leur incombe éprouvaient le besoin de confronter des exemples pratiques pour mettre en lumière des pistes de travail et d'actions à partir d'expériences déjà mises en œuvre au sein d'autres territoires. Leurs attentes concernaient aussi l'aide méthodologique et la clarification des concepts de santé publique et santé communautaire.

Constatant que les problématiques rurales et urbaines se rencontraient, l'IREPS Bourgogne et Trajectoire Ressources ont décidé de co-organiser un cycle de qualification de quatre jours¹ conçu comme un temps d'apprentissage interactif alternant analyse de pratiques et apports conceptuels, animé par Marc Vignal, Psychologue consultant.

D'un questionnement...

Un premier temps a permis de définir un questionnement autour de trois axes qui ont nourri la réflexion de l'ensemble du cycle :

- la place, le rôle, le positionnement, la légitimité du coordonnateur
- la question du territoire
- la question du « comment » : mobilisation, implication, participation

...vers des éléments de réponse

Un projet est construit autour d'une dimension dialectique : le formel et l'informel

Le coordinateur est à la fois un « cadre » et un animateur qui donne vie à la démarche. Il

¹ Formation réalisée dans le cadre du pôle régional de compétences avec le soutien financier de l'INPES, l'ARS Bourgogne et de l'État dans le cadre de la mission « Accompagnement des acteurs » confiée à Trajectoire Ressources.

travaille à l'articulation entre une dimension formelle (organisation, structuration) et une dimension informelle (valeurs, représentations).



Source images : La Santé de l'Homme n°383

« Dans le cadre d'Autun, de par sa situation géographique qui est riche de réseaux formels et informels, le rôle du coordonnateur sert à formaliser des réseaux informels, à optimiser l'existant plutôt que de faire émerger de nouveaux réseaux. » Pierre-Jacques Mathieu, coordinateur ASV d'Autun.

Au départ d'un projet, privilégier l'informel permet la construction d'un collectif et l'émergence de divergences et de décalages. Le « conflit » est positif dans la mesure où il permet de passer de l'intérêt individuel à l'intérêt collectif. La fragilité de la mobilisation vient de la rencontre des objectifs collectifs et des objectifs individuels.

La démarche de santé communautaire : une solution pour mobiliser ?

Elle s'appuie sur une expertise locale. Elle suit un processus *bottom-up*, c'est-à-dire que les informations viennent du « terrain », des habitants et les décisions sont prises aussi sur le « terrain ». La plus grosse difficulté ici est d'entendre et d'avoir confiance dans la capacité des habitants à être des « experts », des experts d'usage.



La santé communautaire renvoie à la notion d'empowerment. Ce concept, critère de succès de la promotion de la santé, se définit comme « le renforcement de la capacité que les individus et les collectivités ont d'agir sur les déterminants de leur santé, pour améliorer celle-ci » (OMS, Charte d'Ottawa, 1986).

Le rôle du coordinateur ici n'est pas forcément de trouver la solution mais de mettre en scène un processus pour mobiliser toutes les ressources du territoire et trouver une solution collective.

Le pilotage institutionnel et politique fait aussi la légitimité et la crédibilité d'un projet

Deux instances sont rapidement indispensables : le comité de pilotage qui associe les élus et les représentants des acteurs principaux institutionnels et politiques et le comité technique composé des acteurs du territoire

Le comité de pilotage cautionne, légitime, définit les éléments importants, valide le projet. Il peut être composé des services de l'État, de l'ARS, de la Ville, d'élus, de la Région, du Département, de la DRJSCS, de l'Éducation Nationale... chaque comité de pilotage est différent.

« Le coordinateur a comme mission de mettre en œuvre une politique définie par des élus et de rassembler un maximum de partenaires autour d'actions définies dans le cadre d'un comité de pilotage. »

Pascale Merlin, coordinatrice ASV de Montceau-les-Mines.

Le comité technique est davantage « pragmatique ».

Le positionnement, la légitimité, l'identité, la reconnaissance du coordinateur vont ensuite venir des actions : « La mise en place d'actions concrètes portées par l'ASV a aidé largement à fédérer les partenaires ». Pierre-Jacques Mathieu, coordinateur ASV d'Autun

Focus sur les ateliers santé ville, un outil de la politique de la ville

« L'atelier santé ville est le lieu de la coordination des acteurs (professionnels de la santé, de l'action sociale et des acteurs locaux) en vue de l'élaboration d'un diagnostic partagé des problèmes à traiter. Il offre le cadre mé-

thodologique, partenarial et contractuel pour l'élaboration, l'adoption et la mise en œuvre d'un programme d'actions concertées (plan local de santé publique) et l'évaluation régulière des résultats obtenus. Sa mission porte sur l'animation, l'aide à la concertation, le soutien méthodologique par la création d'outils adaptés aux projets locaux de santé. La démarche de réseau comme moyen d'intervention est privilégiée de manière à évoluer vers la constitution de réseaux de santé de proximité. La participation active de la population doit être favorisée à toutes les phases des programmes. »

Extrait de la Fiche technique sur les dispositifs et acteurs de la politique de la ville.

Illustration d'un diagnostic santé partagé par Pierre-Jacques MATHIEU coordinateur de l'ASV d'Autun

Son objectif est de réaliser un état des lieux des besoins, des demandes et des offres en matière de santé, ce travail d'évaluation collective doit aussi permettre de faire émerger un consensus au niveau des problématiques de santé prioritaires. Il constitue également un moyen de mobiliser un ensemble de professionnels, d'associations, de réseaux autour d'une dynamique de travail en partenariat, relevant des sphères sociale, urbaine, environnementale, économique, géographique, psychologique, culturelle...

La participation des populations, tant souhaitée dans les projets sanitaires et sociaux, se heurte souvent à la problématique de l'absence de demande sociale. Un diagnostic de santé partagé, parce qu'il repose sur une démarche de participation et de consultation locale, permet l'expression et la prise en compte des besoins, des demandes, des attentes des acteurs du territoire concerné, c'est une démarche qui est par nature susceptible de faire émerger de nombreuses demandes sociales et de donner du sens aux projets qui naîtront ensuite.

Au-delà d'un objectif de connaissance et de compréhension de la santé au niveau local, il s'agit également de rencontrer l'ensemble des acteurs de la santé, pour favoriser leur expression, pour leur présenter le dispositif « ASV », mais aussi pour les associer au projet et solliciter leur participation au développement de l'ASV ainsi qu'à la mise en œuvre des projets et actions.



Le diagnostic a donc été réalisé en deux temps :

- Une enquête qualitative a été menée auprès des acteurs locaux de la santé, (acteurs sanitaires et sociaux autunois ou intervenant sur le territoire) à l'aide d'entretiens individuels et de groupe.
- Une enquête qualitative et quantitative a été réalisée auprès des habitants d'Autun (des résidents des quartiers de St Andoche et St Pantaléon en très grande majorité) à l'aide de « questionnaires accompagnés ».

La mise en place du partenariat par Cécile LAGIER coordinatrice de l'ASV de Dijon

Avant la mise en place de l'Atelier Santé Ville, le service Dijon Ville Santé avait impulsé un véritable travail de partenariat avec les acteurs locaux, ce qui a facilité leur mobilisation dans la démarche. De plus, le « pouvoir de convocation » des élus a également contribué à renforcer leur implication et à favoriser les collaborations.

Toutefois, deux types de difficultés ont été rencontrés. D'une part, un nombre limité de professionnels de santé a participé aux différents travaux de l'Atelier Santé Ville et le partenariat reste aujourd'hui à renforcer. D'autre part, si des habitants ont été mobilisés dans le cadre du diagnostic santé, aucun n'a participé à la phase de programmation participative.

Plusieurs freins peuvent expliquer ces difficultés : l'absence de méthode et d'outils soutenant ce processus et l'attente d'actions concrètes de la part des habitants au détriment d'un processus de définition de priorités.

Comment ce cycle a-t-il permis aux coordinateurs d'avancer sur leur projet ?

« La mise en réseau de professionnels travaillant à la coordination de projets territoriaux de santé est une excellente chose car elle nous permet de nous nourrir d'expériences menées sur d'autres territoires. Nous pouvons ainsi avancer sur des thématiques qui nous paraissent bloquées ».

Pierre-Jacques MATHIEU ASV Autun.

« Dans le contexte de lancement de l'ASV de Dijon, le cycle « Coordonner un projet territorial de santé dans un environnement com-

plexe » m'a apporté un appui et un soutien concrets.

Tout d'abord, les échanges avec les autres coordinateurs m'ont permis de connaître les différentes démarches territoriales engagées en Bourgogne et en Franche-Comté. A travers les éclairages sur la méthodologie de projet et sur les dynamiques participatives, j'ai pu identifier clairement les enjeux majeurs des projets territoriaux de santé. De plus, les études de cas et les réflexions partagées ont permis de travailler sur le rôle et le positionnement du coordinateur.

Au final, cette formation a contribué à l'émergence d'un réseau des coordinateurs de Bourgogne/Franche-Comté répondant à un réel besoin d'échanges de pratiques et de capitalisation d'expériences ».

Cécile LAGIER ASV Dijon

Les perspectives

Suite au bilan du cycle effectué avec les participants, l'IREPS Bourgogne et Trajectoire Ressources ont mis en place un espace d'échanges et d'analyse de la pratique visant à soutenir des projets territoriaux de santé en Bourgogne et Franche-Comté et leurs coordinateurs en :

- accompagnant une réflexion sur leur pratique
- clarifiant leur positionnement et leur rôle de coordinateur
- consolidant leur mise en réseau
- facilitant l'actualisation des changements et des évolutions des contextes de leur pratique

Charlotte GERARD

Chargée de développement Bourgogne
Centre de ressources acteurs de la ville
Bourgogne/Franche-Comté
Trajectoire Ressources



Une réflexion interinstitutionnelle et politique locale : Préambule pour le développement d'actions territoriales de santé

Le cycle de qualification a été conçu comme un dispositif de formation destiné à harmoniser les cadres de références des coordinateurs intervenant dans le cadre d'actions territoriales de santé. Cette action nous a amené à effectuer des apports théoriques et méthodologiques, nous avons également proposé à ces professionnels des temps d'analyse des pratiques sous forme d'études de cas construites par les participants à partir des situations rapportées dans le cadre de leur mission.

Ces temps d'échanges et de réflexion, les discussions informelles nous ont permis d'effectuer un certain nombre de constats et de repérer des points de convergence à propos des principales difficultés rencontrées dans le cadre du développement de projets de santé territoriaux.

Des territoires très singuliers mais des problématiques transversales

Le premier constat qui s'est imposé à tous est celui de la singularité de chaque situation. Il existe une grande hétérogénéité au niveau des profils, des formations et de l'expérience des coordinateurs, mais il existe tout autant une très grande diversité des territoires concernés (acteurs sanitaires et sociaux, configuration géographique, politiques, dynamiques locales,...), qu'il s'agisse de territoires urbains, ruraux ou bien de territoires mixtes.

Cette disparité se retrouve également dans le niveau de développement des dispositifs. Alors que certains projets sont structurés et opérationnels depuis plusieurs années, d'autres sont en cours de développement, d'autres encore en phase préparatoire ou engagés dans la phase de diagnostic, certains sont en phase de réflexion, la plupart des démarches engagées s'avère, dans tous les cas, relativement récente.

Cette hétérogénéité présente un intérêt majeur : elle favorise la prise de distance et permet aux coordinateurs de se situer, de mieux appréhender la complexité de leur mission à travers les retours d'expériences de leurs pairs. Elle permet également de prendre conscience du fait que les difficultés rencontrées par les uns sont partagées par l'ensemble des participants.

Implantation, portage et soutien des dispositifs, un impact sur le rôle, le positionnement et la légitimité des coordinateurs

La grande variabilité des modalités de portage et d'implantation des dispositifs au sein des collectivités territoriales est une constante. Un atelier santé ville (ASV) peut ainsi être porté tantôt par la politique de la ville, tantôt par le CCAS, tantôt par le service municipal d'hygiène et de santé, etc.

La configuration et l'organisation des services est propre à chaque collectivité, elle reflète les modalités de fonctionnement de ces institutions, leur histoire, les cultures professionnelles, mais aussi et surtout la nature des représentations des acteurs institutionnels et politiques locaux à propos de la santé publique. Ces représentations vont déterminer la place de la santé ainsi que le rôle qu'ils entendent jouer dans ce domaine à travers les projets qu'ils peuvent initier et développer sur leurs territoires.

L'implantation, le positionnement, les modalités de portage et le soutien politique des dispositifs impactent leur articulation avec les autres instances, avec les autres services municipaux. « Ces éléments » affectent la manière dont le dispositif est identifié et perçu par les acteurs sanitaires et sociaux du territoire.

Les choix et orientations institutionnelles et politiques en matière de santé déterminent l'implantation, le portage de chaque dispositif ce qui se traduit ensuite de manière pragmatique, pour le coordinateur en termes de **rôle**, de **positionnement**, de **légitimité**.

Durant le cycle de qualification notre attention s'est focalisée sur les acteurs opérationnels du développement des démarches territoriales en santé. Nous sommes convaincus que les apports méthodologiques et techniques sont nécessaires pour les aider à construire et structurer les projets qu'ils développent, que les temps d'analyse de pratiques les aident à clarifier leur rôle et leur positionnement. Nous faisons néanmoins le constat que la nature des difficultés rencontrées par ces derniers relève d'un système d'action beaucoup plus large et incite à élargir le champ de compréhension aux acteurs institutionnels et politiques locaux.



En clair, la majeure partie des problématiques liées à la création et au développement de projets territoriaux semble être fortement déterminée en amont.

Il peut exister un certain flou initial autour des représentations des démarches de santé territoriales tant d'un point de vue méthodologique que d'un point de vue stratégique. Nous avons également relevé une certaine confusion autour de la question des fins et des moyens : un dispositif (maisons de santé, réseaux, ateliers santé ville) est un outil au service d'un projet de santé globale, il n'est pas une fin en soi. De la même manière, le rôle des coordinateurs est d'animer ces dispositifs mais certainement pas de porter les projets de santé sur un territoire...

Vers un diagnostic local qui intègre les acteurs institutionnels et politiques

Il existe aujourd'hui un consensus très largement partagé autour du principe de diagnostic local en tant que première étape de développement d'un projet de santé. Il s'agit d'une phase clef dans la mesure où, si elle est conduite avec la participation des acteurs locaux, elle permet de les mobiliser afin d'engager un processus d'évaluation collective susceptible de faire émerger un accord autour des principales problématiques de santé mais également de créer les conditions de développement d'une dynamique de travail en partenariat.

Le diagnostic va porter sur l'état de santé des populations. Il concerne l'ensemble des acteurs sanitaires et sociaux locaux (habitants, institutions, professionnels du champ sanitaire et social, associations,...) et va s'appuyer sur leur expertise afin de caractériser l'articulation entre les besoins, offres et demandes en matière de santé.

Cette démarche, très largement inspirée par les approches de santé communautaire, prend en compte le point de vue des habitants, des acteurs professionnels, **elle ne porte que très rarement sur les acteurs institutionnels et politiques locaux.**

L'ingénierie de développement de projets de santé locaux ne peut faire l'économie d'une phase de pré diagnostic interinstitutionnel local intégrée à la démarche de diagnostic. Elle consisterait à décrire et à comprendre la configuration du territoire et l'organisation du système d'acteurs institutionnels et politiques des collectivités concernées.

Il s'agirait également de clarifier les représentations et les enjeux de ces démarches, de relever les attentes mais également de prendre en compte les volontés politiques, bref, d'engager une réflexion non pas sur la mise en place d'un dispositif mais bien sur l'élaboration d'un projet de santé local.

Marc VIGNAL

Psychosociologue consultant



La fonction de coordination dans une démarche territoriale de santé

La notion de coordination est omniprésente dans le contexte réglementaire et législatif actuel mais ce même terme fait l'objet de pratiques et d'interprétations diverses. Ainsi, la coordination peut être invoquée par exemple comme une solution pour améliorer la qualité des prestations de santé, comme un moyen pour améliorer l'organisation du système de santé ou bien encore comme l'un des objectifs des réformes du système de santé.

Différencier la coordination de la coopération

Deux versions de la coopération¹ reviennent à différencier la coordination - perspective technique et instrumentale (version faible) de la coopération-perspective communicationnelle de construction d'accords (version forte).

La coordination comme une version faible de la coopération.

Il s'agit d'ordonner ensemble des actes de travail en mettant en œuvre des moyens comme la formalisation de supports favorisant la circulation de l'information entre acteurs. Ce sont les relais entre les acteurs en santé d'un territoire qui vont être travaillés d'un point de vue technique et organisationnel. En ce sens, la coordination demeure une juxtaposition d'acteurs qui ne sont pas engagés dans un travail ensemble.

La coopération dans sa version forte va directement interpellier la question d'un travail ensemble. Travailler ensemble autour d'un projet demande la mise en œuvre d'un agir communicationnel entre les différents acteurs concernés. Communiquer signifie alors construire et développer un espace d'intersubjectivité et de compréhension réciproque. Des échanges entre des acteurs de métiers et/ou d'institutions différents vont permettre une confrontation de points de vue nécessaire à la construction d'accords autour d'un projet. La coopération suppose ainsi la rencontre des acteurs. Cette rencontre d'acteurs issus de mondes différents va être le lieu d'une possible intercompréhension et reconnaissance mutuelle. Et de cette rencontre va pouvoir naître un projet.

Une double dimension à la fonction de coordination

Une dimension technique

Coordonner signifie agencer, ordonner ou bien encore combiner ensemble. En résumé cela renvoie à un contexte organisationnel et une logique gestionnaire « la coordination est l'ensemble des activités et des moyens conscients qui visent à assembler et à synchroniser les tâches de nature différente, réalisés par des professionnels disposant de compétences variées, de façon à réaliser au mieux les objectifs que s'est fixés l'organisation »². Ici il s'agit d'assurer des liaisons régulières entre les acteurs. A titre d'exemple, des supports techniques comme la formalisation d'écrits (des synthèses, des comptes rendu de réunion, des fiches d'actions, des rapports, ...) permettent d'assurer une circulation de l'information et participent à cette opération de liaison.

Une dimension communicationnelle

Coordonner c'est aussi initier une dynamique communicationnelle et un travail d'articulation interprofessionnelle. Concrètement, il s'agit de créer des espaces de rencontre indispensables à un travail d'articulation. Assurer la mise en relation d'acteurs multiples et différents pour engager un travail ensemble autour d'un projet de santé participe à la construction d'une dynamique d'acteurs sur un territoire donné. Ainsi, dans cette dimension communicationnelle, la fonction de coordination contribue à engendrer une coopération dans sa version forte.

Le mot clef d'une fonction de coordination est celui d'interface tant dans une dimension technique que communicationnelle. La façon dont elle est définie et mise en œuvre permet de considérer la coordination comme un territoire où se déploient, s'affrontent et/ou se concilient des dynamiques professionnelles et des logiques gestionnaires.

Nathalie PONTIER
Chargée de projets
IREPS

¹ ZARIFIAN P., Travail et communication, Ed . PUF, Paris, 1998

² CREDES Groupe IMAGE, L'évaluation des réseaux de soins, Enjeux et recommandations, mai 2001



Le diagnostic, préalable à l'élaboration du projet territorial de santé

Application en Bourgogne

Depuis 2008, le Groupement régional de santé publique (GRSP) puis l'Agence régionale de santé (ARS), ont souhaité engager les acteurs de la région dans la logique de territorialisation des actions de santé. Dans ce contexte, les projets locaux de santé se développent. Le diagnostic en constitue le préalable incontournable, puisqu'il apporte les éléments nécessaires à l'élaboration d'un projet adapté au mieux aux réalités locales.

De l'intérêt du local

Tous les indicateurs statistiques en attestent, la Bourgogne se situe dans la fourchette basse des régions françaises sur les plans économique, social et sanitaire.

Au sein du territoire régional, la Côte-d'Or et la Saône-et-Loire bénéficient globalement d'une situation plus favorable que la Nièvre et l'Yonne. Des disparités se manifestent également à l'échelon infra-départemental, des cantons jusqu'aux quartiers d'une même ville.

Le projet territorial de santé doit prendre en compte les inégalités socio-sanitaires observées à l'échelon géographique sur lequel les actions seront développées.

La diffusion de la promotion de la santé

La démarche de projet local diffuse la culture de la promotion de la santé. Des concepts communs, compris et acceptés par tous (élus, acteurs locaux, habitants), permettent d'amorcer une dynamique collective.

La collaboration et la coopération entre les professionnels de santé et d'autres secteurs en sont facilitées, car ils se rencontrent et construisent ensemble le projet, dès la discussion sur les priorités et stratégies d'actions à définir.

L'ORS impliqué dans les diagnostics

Le diagnostic est l'étape incontournable du projet, qui permet d'identifier les spécificités locales. Il consiste en une analyse de la situation, des besoins et des attentes des acteurs locaux et des habitants.

Dès l'amorce de la démarche de territorialisation lancée par le GRSP, l'Observatoire Régional de la Santé de Bourgogne (ORS) a été sollicité pour la réalisation des diagnostics locaux.

Ainsi, l'ORS a réalisé depuis 2009, à la demande de l'ARS, les portraits socio-sanitaires de 7 Pays¹ (cf carte).

Par ailleurs, il a été sollicité par différentes collectivités territoriales, le plus souvent des agglomérations, souhaitant bénéficier d'un diagnostic préalable à la mise en place de leur "atelier santé-ville" (cf carte).

Les diagnostics locaux réalisés par l'ORS dans les Pays et les villes de Bourgogne



¹ Les pays sont des entités d'abord attachées à des projets de développement économiques et culturels. Au cours des dernières années, plusieurs pays se sont également impliqués dans des projets territoriaux de santé. La Bourgogne compte 16 pays en 2010.



Fort de cette expérience, l'ORS a partagé son savoir-faire et son expertise dans le cadre de l'élaboration de deux guides pour la réalisation de diagnostics locaux, l'un à destination des commanditaires, l'autre pour les maîtres d'œuvre¹.

Les dimensions multiples de la santé

Depuis la Charte d'Ottawa (OMS, 1986), la santé n'est plus considérée comme la seule absence de maladie, mais intègre également des facteurs liés aux comportements, à l'environnement physique, ainsi qu'à l'organisation du système de soins.

L'état des lieux socio-sanitaire présente des informations sur l'état de santé des habitants, mais aussi sur le recours aux services de soins et l'offre de proximité. Il permet ainsi de valoriser la présence de réseaux locaux ou modes de fonctionnement spécifiques, et de préciser l'état de l'offre, et donc les ressources disponibles au niveau local.

Il décrit également les conditions de vie (modes de vie isolé ou familial, statuts par rapport à l'emploi ...) et niveau de vie (revenus fiscaux, prestations de minima sociaux...) de la population.

La recherche de données chiffrées pour ouvrir la réflexion

Le diagnostic s'appuie systématiquement sur un recueil **d'informations quantitatives**. De nombreuses données statistiques sont mises à disposition et permettent de dresser un portrait socio-économique du territoire étudié, parfois jusqu'à un niveau très fin, dans la limite du respect du secret statistique.

Certaines données sanitaires peuvent également être obtenues à un niveau fin à travers les systèmes d'information d'organismes spécialisés tel que l'Inserm, des établissements de soins ou de l'Assurance Maladie principalement. Les précisions obtenues concernent notamment les données de mortalité, les motifs et durées des séjours hospitaliers, les motifs d'admissions en affection de longue durée.

¹ Fnors, Guide à destination des maîtres d'ouvrage d'un diagnostic local de santé (2010), et Fnors, Guide à destination des maîtres d'œuvre d'un diagnostic local de santé (à paraître).

Le diagnostic peut éventuellement prévoir la mise en place d'une enquête (en fonction des ressources disponibles) pour recueillir des informations non collectées par ailleurs, ou approfondir un thème précis.

Si la gestion de bases de données constitue l'une des missions premières de l'ORS, l'information statistique n'est pas un but en soi, mais un outil ouvrant la discussion et le débat avec les acteurs.

Pour compléter les informations quantitatives et les discuter, le recueil de données qualitatives paraît indispensable.

L'approche qualitative : une analyse complémentaire à partir des expériences locales

À travers des entretiens individuels ou collectifs conduits auprès de la population, des professionnels de terrain, des personnes ressources de divers domaines (sanitaire, social, éducatif, institutionnel...), l'enquêteur confronte les perceptions de la réalité issues de leur vécu et de leurs pratiques sur le territoire.

Les techniques qualitatives contribuent à la démarche participative, en associant les acteurs locaux et les habitants, ce qui n'est souvent pas le cas avec le recueil quantitatif. L'analyse partagée des besoins peut faciliter l'adhésion des uns et des autres au projet, puisqu'ils sont invités à s'exprimer et à participer à la réflexion.

C'est l'ensemble des éléments collectés, quantitatifs et qualitatifs, discutés et partagés localement, qui permet d'identifier des priorités et d'élaborer le projet territorial de santé.

Aurore PETIGNY

Chargée d'études
Observatoire régional de la santé
de Bourgogne (ORS)



Démarche territoriale de santé en pays Charolais-Brionnais

D'une rencontre

L'IREPS (antenne de Saône-et-Loire) accompagne les territoires du département qui souhaitent développer une démarche de santé, en milieu urbain les ateliers santé ville (ASV) et en milieu rural.



Le pays Charolais-Brionnais (129 communes pour 90 000 habitants), par l'intermédiaire du syndicat mixte, a souhaité compléter les axes de son contrat de pays par une prise en compte de l'accès aux soins et à la santé de ses habitants.

Ainsi l'IREPS a proposé au pays Charolais-Brionnais dès 2009, la réalisation d'un diagnostic participatif, afin d'impulser une dynamique partenariale des acteurs de terrain et de mettre en évidence les représentations autour de la santé.

Celui-ci est la première étape à la mise en œuvre d'une démarche territoriale de santé. Il prend en compte les besoins et attentes de la population, mais également les ressources disponibles, pour proposer des pistes d'actions adaptées au contexte local.

À une pratique

Dans un premier temps, une série de réunions a eu lieu dans chaque communauté de communes afin de présenter la démarche et ses objectifs. Celle-ci a pour vocation de construire des stratégies à partir de la coordination des différents acteurs de terrain, et d'améliorer la cohérence et la pertinence des actions destinées à la population du territoire.

Une définition consensuelle de la santé et des inégalités a été proposée aux différents acteurs. En effet, parler de démarche territoriale de santé, c'est aussi aborder la question des inégalités sociales de santé. Celles-ci font référence aux déterminants socio-environnementaux, des notions essentielles car elles conditionnent la conception que les acteurs de terrain auront de la santé.

Par ailleurs, l'IREPS s'appuie sur des fondements liés à la promotion de la santé¹, et notamment la participation des habitants, élément indispensable pour favoriser l'appropriation des actions qui leur sont proposées.

Tous les acteurs du pays Charolais-Brionnais ont été sollicités :

- les élus par l'intermédiaire des réunions territoriales et en tant que référents de leur commune pour relayer la démarche localement,
- les professionnels avec des rencontres de types « focus-groupe² » et comme acteurs de proximité avec les habitants,
- les habitants par l'intermédiaire de questionnaires anonymes et par la rencontre avec leurs élus et les professionnels de terrain.

C'est la confrontation entre la vision des élus sur la stratégie globale à adopter pour favoriser le bien être de leurs administrés, celle des professionnels qui prennent en charge, chacun dans leur champ de compétences les problématiques d'une population spécifique, et celle des habitants qui se sentent surtout concernés par leur environnement pratique et de proximité, qui a permis de proposer différentes pistes d'actions.

Et maintenant ?

Après la restitution publique du diagnostic partagé, une stratégie globale de santé reste à élaborer avant de la mettre en œuvre localement.

Le pays Charolais-Brionnais bénéficie pour cela d'un investissement important de la part des acteurs du territoire, ce qui a favorisé le démarrage de cette démarche.

¹ La charte d'Ottawa (OMS 1986) dont la définition globale et positive de la santé positionne la promotion de la santé comme le "processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci".

² Un focus group est un type d'entretien de groupe composé de personnes concernées par une politique de développement ou une intervention. Il est destiné à obtenir des informations relatives à leurs opinions, attitudes et expériences ou encore à expliciter leurs attentes vis-à-vis de cette politique ou de cette intervention. Il s'agit donc d'une méthode d'enquête qualitative rapide.



Démarche territoriale de santé en pays Charolais-Brionnais

Des points faibles doivent cependant être pris en compte : des enjeux politiques spécifiques et l'absence d'un animateur spécialement dédié à cette démarche.

Aujourd'hui, avec la mise en place de l'ARS et la redéfinition des politiques de Santé Publique, la démarche territoriale de santé du pays est en attente. La poursuite des étapes nécessaires à la mise en œuvre d'actions de

Santé Publique devrait voir le jour avec l'élaboration des différents Schémas Régionaux de Santé et la possibilité d'envisager la signature d'un contrat local de Santé.

Corinne L'HORSET
Responsable de projets
IREPS
Antenne de Saône-et-Loire



Dossier : éléments Bibliographiques

❖ BAUDIER F., CAREL D., LAPLANTE J.-J. **Territoire et santé : Du diagnostic à la pratique, 10 recommandations pour agir.** Actualité et dossier en santé publique, n° 43, 06/2003, pp. 67-71.

❖ COLDEFY M., LUCAS-GABRIELLI V. **Les territoires de santé : Des approches régionales variées de ce nouvel espace de planification.** Paris : IRDES, 2008/05. 29 p.

❖ COURALET D., WIEHN A. **La Promotion de la Santé à la portée des territoires : document repères.** Bordeaux : IREPS Aquitaine, 01/2011, 44 p.
En ligne : <http://www.educationsante-aquitaine.fr>
[Dernière consultation : 14/06/2011]

❖ DOUMONT D, VERSTRAETEN K. **Territoires de santé, bassins de vie ou comment atteindre les populations ? Expérience en France métropolitaine.** Louvain : UCL-RESO, 2009, 33 p.
En ligne : <http://www.uclouvain.be>
[Dernière consultation : 14/06/2011]

❖ FRAES Rhône Alpes. **Promotion de la santé et territoires.** Education sante Rhône Alpes, n°3, 12/2009, pp. 2-12
En ligne : <http://www.education-sante-ra.org>
[Dernière consultation : 14/06/2011]

❖ GOUDET B, DE SAINT-POL E, HANNECART S. **Des démarches territoriales santé aux futurs contrats locaux de santé.** Bordeaux : Craes-Crips Aquitaine, 2010. 52 p.
En ligne : <http://www.educationsante-aquitaine.fr>
[Dernière consultation : 14/06/2011]

❖ GRAS N, PERRIER H, TARDIEN M. **Santé et territoire. Du diagnostic à l'action.** Clermont-Ferrand : GRSP Auvergne, 2008.

❖ HINCELIN L. **Diagnostic local de santé et dynamique de territoire : des liens évidents.** Repères pour agir en promotion de la santé, n°2, 03/2008, 2 p.
En ligne : <http://www.lh-conseil.fr>
[Dernière consultation : 14/06/2011]

❖ INSTITUT RENAUDOT. Séminaire « **Nouveau paysage en santé : élaboration des Plans locaux de Santé et préfiguration des Contrats Locaux de Santé** », 17/05/2010. Paris : Institut Renaudot, 11/2010, 19 p.
En ligne : <http://www.institut-rendot.fr>
[Dernière consultation : 14/06/2011]

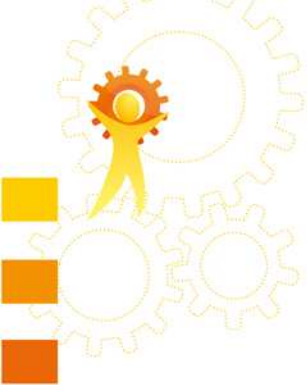
❖ JAKOWLEFF A. LANEYRIE J.M. **Ateliers santé ville : une démarche locale pour la réduction des inégalités**

sociales et territoriales de santé. Paris : Éditions de la DIV, (Repères), 2007, 287 p.
En ligne : <http://www.ville.gouv.fr>
[Dernière consultation : 14/06/2011]

❖ LAURENT-BEQ A., LE GRAND E. **La promotion de la santé à l'épreuve des territoires.** La Santé de l'homme, n° 383, 06/2006, pp. 15-39.

❖ MANNONI C. **Les ateliers santé ville : une plus-value locale pour la réduction des inégalités de santé.** Saint Denis : Profession banlieue, 09/2010, 70 p.
En ligne : <http://www.professionbanlieue.org>
[Dernière consultation : 14/06/2011]

Agathe Sandon
Chargée d'ingénierie
documentaire
IREPS



RECHERCHES/ÉTUDES

Analyse de cartes de vœux : mise en évidence d'une attitude différente envers les personnes diabétiques

Introduction

Plusieurs personnes atteintes de diabète nous ont raconté comment l'attitude de leur collègue de travail et de leur entourage avait changé dès l'annonce de leur maladie. Par exemple, certains ont ressenti une mise à l'écart ou encore, ont eu le sentiment d'être considéré comme « faible » par des attitudes de protection/ménagement. Contrairement à une grippe où le statut de malade est provisoire et où les petites attentions de l'entourage et des collègues sont appréciées, le diabète est une maladie chronique, c'est à dire qu'elle évolue à long terme. Pour cette raison, il est aisé de comprendre que ce changement d'attitude, même s'il est généralement inconscient et qu'il part d'une bonne intention, est souvent mal vécu car il perdure dans le temps. Dans ce travail de recherche, il nous a donc paru intéressant d'essayer de mettre en évidence cette forme de discrimination, c'est-à-dire cette différence de traitement envers les personnes atteintes de diabète. Le but de cette étude était de montrer que les personnes non concernées par le diabète traitent inconsciemment les personnes atteintes de cette maladie comme différentes d'elles.

Méthode

La gamme des réactions d'un individu face à la maladie peut être très large et osciller d'un sentiment de peur entraînant des comportements de rejet (e.g. ; le SIDA) à un sentiment de compassion entraînant des comportements de protection/ménagement de la personne malade (e.g. ; le cancer). Dans notre société, la discrimination est contre la norme cependant elle n'est pas pour autant inexistante. Elle est présente de manière implicite et nous en sommes souvent auteurs malgré-nous. Pour pouvoir la mettre en évidence, nous avons utilisé le paradigme des cartes de vœux, utilisé par Gies-Imbernon (2001), car l'acte d'écrire une carte de vœux est quasiment automatique, routinier et conventionnel. Ce paradigme est un support particulièrement adapté à l'étude de la perception et la discrimination de la personne malade. En effet, si nous ne faisons pas de différence entre les personnes malades et non malades, les scripts d'écriture ne devraient pas varier

entre une carte écrite à une personne malade et à une personne non-malade.

Nous avons demandé à 25 étudiantes en troisième année de Psychologie de l'Université de Bourgogne d'écrire une carte de vœux à un collègue de travail (condition « contrôle ») et à 25 autres d'écrire une carte de vœux à un collègue de travail « diabétique » (condition « diabétique »).

Résultats

Que ce soit pour l'écriture d'une lettre ou d'une carte de vœux, il est d'usage de commencer par indiquer à qui cette lettre ou carte est adressée (routine d'adressage), puis une fois le message délivré (corps du texte), d'écrire en retrait une formule de politesse (routine de clôture) et de finir par une signature.

1. Les routines

Nous avons comparé le nombre moyen de mots contenus dans l'adresse et dans la clôture (Tableau 1). Puis, nous avons réalisé une analyse plus qualitative des routines d'adressages (Tableau 2) en les classant en deux catégories : a) celles ne contenant pas le terme « chère » (pas intime) et b) celles le contenant (intime).

Tableau 1	contrôle	diabétique	Tests statistiques
Nombre moyen de mots dans l'adresse	1,52	1,52	NS
Nombre moyen de mots dans la clôture	1,12	2,08	U=205,0 p<.04

Tableau 2	contrôle	diabétique	Tests statistiques
Sans « chère »	35.3 %	5.6 %	Chi2=4,83, p<.03
Avec « chère »	64.7 %	94.4 %	

Il y a une sur-routinisation (plus de mots en moyenne) dans la clôture lorsque la carte est adressée à une personne diabétique comparativement à lorsqu'elle est adressée à une personne non malade. Les résultats ne montrent aucune sur-routinisation dans l'adresse cependant, il y a plus de marques d'affections

ou d'intimités dans la condition « diabétique » que dans la condition « contrôle ».

2. La nature de la relation

Nous avons pris en compte le nombre total de mots produits dans le corps du texte (prolixité). Nous avons également regardé un indice plus spécifique qui est le nombre de fois où ont été mentionné un projet futur entre les deux protagonistes dans la clôture (« à très bientôt »), c'est-à-dire des formules évoquant une suite dans la relation. De plus, nous avons comptabilisé le nombre de carte où le locuteur a tutoyé (proximité, intimité) ou vouvoyé (distance) le destinataire. Nous avons compté le nombre de fois où le locuteur s'est placé en position d'actant (contrôle de l'action), c'est-à-dire comme sujet du verbe, et où il a placé son interlocuteur en position d'acté (subir l'action), c'est à dire comme complément du verbe (e.g. ; « je te ... »). Enfin, nous avons donc comptabilisé le nombre de fois où le locuteur a utilisé l'impératif (e.g. ; « prends soin de toi », « fais bien attention »). L'utilisation de l'impératif faisant référence à un « surprotection » c'est-à-dire une action protectrice mais imposée.

Indicateurs	contrôle		diabétique		Tests statistiques
	Ø	%	Ø	%	
Prolixité	23,9 mots	/	42,7 mots	/	T=5,1 p<.01
Projet futur	/	8 %	/	40 %	Chi2=7,02 p<.01
Tutoiement	/	72 %	/	92 %	Chi2=3,39 p<.07
Position d'actant	0,55	/	0,84	/	U=185,0 p<.02
Impératif	/	0 %	/	32 %	Chi2=9,52 p<.01

Ces résultats montrent une intensification du contact présent (prolixité) et futur ainsi qu'une distance moins importante entre les protagonistes (tutoiement) dans la condition « diabétique » que dans la condition « contrôle ». De plus, nous remarquons une plus grande utilisation de l'impératif et un statut plus fort de l'émetteur (position d'actant) lorsque la carte est adressée à une personne diabétique.

Conclusion

Les cartes de vœux écrites à une personne diabétique mettent en évidence une sur-routinisation (plus de mots en moyenne) et une plus grande personnification (plus de « chère », « très chère ») contrairement à

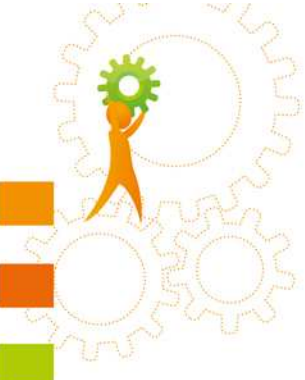
celles écrites à une personne non malade. De plus, celles destinées à une personne diabétique montrent que les rapports entre les protagonistes sont accentués (plus de tutoiement, de « à très bientôt ») et que l'émetteur se considère d'avantage comme quelqu'un d'actif (« je te souhaite.. », « fais attention à toi », « prends soin de toi »). Il apparaît donc une intensification de la relation mais également une asymétrie statutaire défavorable pour les personnes diabétiques.

L'analyse de discours est un outil efficace pour mettre en évidence les façons inconscientes que nous avons de traiter différemment, de discriminer, les personnes malades. Il ressort de cette étude que les personnes diabétiques sont ménagées mais également sous-estimées ce qui confirme notre hypothèse d'une « surprotection » envers celles-ci. Cette « surprotection » n'est pas dispensée dans un but malintentionné, bien au contraire, mais peut avoir un impact négatif vis-à-vis des personnes concernées du fait de l'étalement dans la durée de la pathologie. Le maintien fréquent de la personne atteinte dans son cadre de vie habituel, fait que la maladie est au cœur de tous ces rapports sociaux (en famille, au travail, dans les loisirs, avec le personnel médical et paramédical...). Avec cet article, nous tenions à souligner l'impact que peut avoir le langage sur les personnes malades mais également à encourager les personnes régulièrement en contact avec celles-ci à être vigilantes à ces petits détails qui peuvent avoir un grand impact.

Référence

❖ GIES-IMBERNON, V. (2001). **Interculture et langage : processus de dépersonnalisation face à une personne immigrée.** In Sabatier, C., Palacio, J., Namane, H., Collette, S. (Eds). *Savoirs et enjeux de l'interculturel: nouvelles approches, nouvelles perspectives* (pp 167-182). Paris: L'harmattan.

Audrey Peteuil
Psychologue sociale
Laboratoire SPMS
Université de Bourgogne



REGARD SUR LES PRATIQUES

Participation des habitants et politiques locales de santé



Sources images : La Santé de l'Homme n° 387

La participation mise en question

Pour l'OMS, la santé est « une ressource qui permet à un individu ou à un groupe de réaliser ses ambitions et de satisfaire ses besoins et d'autre part d'évoluer avec le milieu pour s'adapter ». Définition complémentaire, la santé, c'est « la capacité physique et sociale d'une personne d'agir dans son milieu et d'accomplir les rôles qu'elle entend assumer ». Aussi, d'une certaine manière, les premiers besoins en termes de santé sur les territoires, c'est de permettre aux habitants d'être acteurs de leur santé. Or, dans les actions présentées lors de cette journée « Poursuivre les démarches territoriales de santé en Bourgogne »*, les habitants ne sont pas associés à la co-construction des projets. Est-on alors cohérent avec l'exigence de participation au regard des problématiques de la santé ?

La manière dont la question des besoins a été construite pose les mêmes questions. L'entrée privilégiée a été celle de l'identification des problématiques médicales locales, autrement dit des symptômes. Elle correspond à l'exigence de construire un diagnostic à partir d'indicateurs. Avec cette entrée-là et, a fortiori, dans le cadre de démarches courtes dont les plus anciennes ont 2-3 ans, le temps du diagnostic a épuisé le temps de l'action. Par conséquent, il est normal, pour l'instant, que les habitants n'aient pas pu être associés à la co-construction car les moyens et la priorité ont été donnés au diagnostic. Il faudrait donc

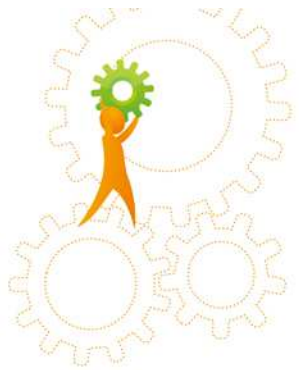
beaucoup plus de temps pour enclencher une démarche de co-construction, en particulier avec les habitants.

Cette approche des professionnels, des experts, qui développent une expertise sur un problème, c'est la logique, habituelle en France, de la mise en œuvre des politiques publiques. C'est une logique descendante à laquelle les citoyens se sont habitués. Aussi, aujourd'hui, les citoyens sont en attente que les élus développent des actions. Cela a pour conséquence qu'il est difficile de solliciter la participation parce que nous avons cette culture globale de politiques publiques qui vont en sens inverse de la logique communautaire et locale que l'on trouve par exemple au Québec et qui est une logique plus ascendante.

Il est donc normal que cela soit difficile d'associer des habitants qui ne le demandent pas. Parce que nous n'avons pas cette habitude en France. Parce que la société civile a peu construit de compétences en matière de construction d'actions collectives. Et parce que le développement de l'individualisme, particulièrement fort depuis 30 ans, traduit le fait que la plupart des gens n'ont pas envie de se mêler d'actions politiques.

Cette réalité exige des acteurs une forte inventivité aussi forte que celle qui a été développée par rapport au repérage des besoins. Être inventif par rapport au diagnostic, c'est la première étape. Peut-être que la deuxième étape est d'être inventif par rapport à la co-construction.

Co-construire, c'est se mettre d'accord à partir d'objectifs différents. Se mettre d'accord sur quoi ? Prioritairement sur la compréhension et l'interprétation des problématiques. Nous savons, pour ceux qui ont travaillé sur cette question-là, que la réponse du médecin face au problème d'un patient et la réponse d'un assistant social par rapport au problème d'un usager sont parfois tellement différentes qu'il est difficile de les rendre compatibles. La manière de les rendre compatibles est de se mettre d'accord sur les objectifs mais aussi sur les méthodes de résolution des problèmes, donc qu'il y ait mise en compatibilité du sens, de manière à ce que les gens comprennent, se comprennent et soient d'accord, ce qui demande du temps. Par ailleurs, il faut aussi qu'il



y ait mise en compatibilité d'intérêts par rapport aux objectifs des différents acteurs.

Enfin, pour co-construire, il faut que chacun trouve une place légitime, valorisée et se sente reconnu dans ses spécificités. S'il y a une position dominante d'une profession par rapport à une autre, un regard supérieur, cela n'invite pas à s'engager dans une collaboration.

Des réalités territoriales différenciées

Selon les territoires, la question de la participation va se poser de manières différentes.

On peut tout d'abord distinguer des territoires de développement et des territoires millefeuilles (distinction opérée par l'équipe de sociologues de l'IRTESS à laquelle je participe dans l'étude sur la pauvreté et l'exclusion en milieu rural commanditée par la plateforme de l'observation sanitaire et sociale en Bourgogne et coordonnée par la FNARS Bourgogne).

Des territoires de développement sont des territoires dans lesquels, depuis un certain temps, il y a une convergence des acteurs et une culture de la co-construction. Très souvent, c'est parce qu'il y a des élus qui ont construit progressivement une dynamique où les problématiques de la culture, de la santé, du logement, de l'emploi, du social ont été articulées et pensées ensemble.

En face, nous avons les territoires que j'appelle millefeuilles, qui subissent de plein fouet le défaut français de la multiplication et de la juxtaposition des dispositifs. Lorsque nous laissons toutes ces feuilles de millefeuilles fonctionner les unes à côté des autres, nous avons un problème de très faible visibilité voire d'opacité. Parfois les différents acteurs d'un territoire ne savent tout simplement pas ce qu'il existe sur le territoire et comprennent encore moins comment tout cela se passe. C'est parce que ces acteurs n'ont jamais appris à travailler ensemble qu'ils ont du mal à travailler ensemble. Aussi, dans les territoires de développement, il est assez facile d'enclencher une dynamique de participation. Par contre, dans les territoires millefeuilles, il faut ramer à contre-courant de nombreuses années de non-existence de partenariat.

Ensuite, on assiste dans certains lieux à une « focalisation médicale » des projets locaux parce que la question du besoin de médecins est tellement urgente que des dispositifs comme ceux qui ont été présentés lors de cette journée sont parfois instrumentalisés. Par exemple, la question des maisons de santé ou des maisons médicales comme outils « miracle » va s'imposer comme question prioritaire pour résoudre le besoin de médecins et ce, au détriment de la démarche.

Ce dernier point est en lien avec le précédent. Nous observons, selon les territoires, la plus ou moins grande prégnance du modèle problème/solution. C'est quelque chose qui se développe aujourd'hui en France, porté par une culture anglo-saxonne de l'action : face à un problème, nous cherchons une solution.

Comment fait-on pour chercher une solution ?

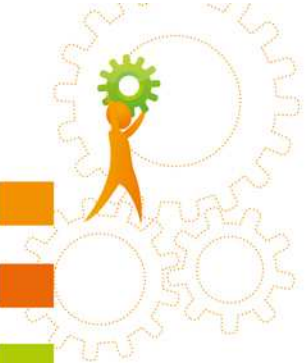
Nous allons regarder les outils disponibles, nous prenons l'outil qui paraît le mieux adapté et nous le plaquons sur le problème et sur le territoire. Par contre, ont été présentés aujourd'hui des exemples où, avant de mettre en place un outil, on a cherché à construire la compréhension du problème et, ensuite, la politique. Dans un des ateliers, quelqu'un disait « nous avons d'abord pensé à une maison de santé. Problème : le manque de médecins. Puis finalement, nous nous sommes rendus compte qu'il était peut-être mieux de mettre en place un animateur qui allait faire un boulot pour construire la politique locale, mobiliser des acteurs ».

Donc, d'un côté, on « plaque » un outil général qui n'a pas été pensé pour répondre à une problématique locale spécifique et il sera donc partiellement inadapté. Plutôt que de chercher immédiatement une solution, cherchons déjà à construire ensemble le problème et nous arriverons à inventer des solutions et peut-être utiliser des outils mais de manière adaptée au territoire.

Philippe LYET

Sociologue

Pôle ressource recherche et travail social
Institut régional supérieur du travail
éducatif et social (IRTESS)



* Séminaire : *Poursuivre les démarches territoriales de santé en Bourgogne : L'enjeu de la participation de la population et des professionnels*



Approche participative... et territoires de santé pour répondre aux besoins de la population.

La notion de territoire renvoie à des niveaux différents, du territoire comme lieu de l'action, comme lieu du projet en santé, ou territoire comme lieu de concertation, lieu de pilotage. Si, dans le champ de la santé, l'intérêt d'une démarche participative semble aujourd'hui acquis, sa mise en œuvre recouvre des réalités très différentes dans les pratiques.

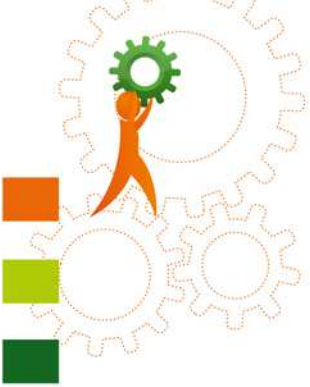
La participation comme un processus ?
La participation comme une finalité ?

Ce questionnement se prolonge autour des termes : Informer ? Consulter ? Associer ? Comment ? Qui ?... autant d'acteurs (population, professionnels, élus), autant de logiques différentes.

En Bourgogne, la participation est un enjeu dans la poursuite des démarches territoriales de santé engagées.

43 participants se sont retrouvés dans un travail d'atelier autour de ces questions. Un temps de restitution a été animé par Mathieu GUILBERT, Psychosociologue, Institut Renaudot, Centre de ressources en santé communautaire. Avec la participation de Bernadette LEMERY, Observatoire régional de la santé et Philippe LYET, Sociologue, Pôle ressource recherche et travail social, Institut régional supérieur du travail éducatif et social

Journée organisée avec le soutien financier de l'INPES et du GRSP



PORTRAIT

Une dynamique régionale : le CRAN

Le **Collectif Régional Autour de la Nutrition** (CRAN) est un ensemble de partenaires professionnels et bénévoles pluridisciplinaires, rassemblés dans une démarche participative pour travailler sur la thématique nutrition. A l'origine, le CRAN s'est créé pour répondre à un appel à projets pour la prévention des maladies cardio-vasculaires, de la Fondation « Agir pour la Prévention » et des cancers.

La finalité du CRAN est de promouvoir des comportements favorables à la santé dans le champ de l'activité physique et de l'alimentation et de développer des dynamiques locales, des réseaux entre les acteurs concernés par ce champ d'activité.

Avec une telle ambition, la mise en place d'un partenariat entre différents acteurs de la région était une nécessité, afin d'élaborer une réelle stratégie de développement et de reconnaissance du travail mené par chacun

dans le cadre de la politique nutritionnelle de santé publique en Bourgogne. Bien qu'ayant des intérêts distincts au départ, les acteurs du CRAN se sont rassemblés autour d'une vision commune des stratégies à développer en matière de nutrition. Bien sûr, la complémentarité des connaissances, des compétences et des ressources de chacun est l'un des atouts majeurs de ce partenariat. Cette complémentarité a permis, à la naissance du collectif, de dresser un véritable état des lieux de la situation en Bourgogne, et le dynamisme des acteurs aidant, de s'engager dans un premier projet : celui de promouvoir la consommation des fruits et légumes et la pratique d'une activité physique régulière et adaptée, auprès de populations en situation de précarité.

L'implication des partenaires, ainsi que leur dynamisme et leur sérieux permettent de faire vivre le collectif, et d'être un appui à la déclinaison de la politique régionale en matière de nutrition.

Les acteurs du collectif

✓ Acteurs institutionnels

Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS), Agence Régionale de Santé (ARS), Direction Régionale de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Forêt (DRAAF), Éducation Nationale (Rectorat et Inspection Académique de Côte d'Or), Dijon Ville Santé, Espace Santé Prévention, Ville de Sens ;

✓ Acteurs associatifs

Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la santé de Bourgogne (IREPS), Observatoire Régional de la Santé (ORS), Fédération de Cardiologie de Bourgogne, EPMM Sports pour Tous ;

✓ Université de Bourgogne

Département de santé publique et laboratoire de physiopathologie ; Laboratoire de physiopathologie et pharmacologie cardiovasculaires expérimentales (Master Nutrition Santé) ; Laboratoire de performance, dysfonctionnement, vieillissement et technologie d'optimisation (Master Activités Physiques Adaptées et Santé) ; Laboratoire de Socio - Psychologie et Management du Sport ;

✓ CHU de Dijon

Service Endocrinologie, Diabétologie et Maladies Métaboliques, Service communication ;

✓ Associations de patients

Fédération des Associations de Diabétiques de Bourgogne, Bouger ensemble, Ligue contre le Cancer ;

✓ Sanofi-Aventis France :

Directeur des Affaires Publiques Régions Bourgogne et Franche-Comté.

Les Marchés santé en Bourgogne

Le projet des Marchés santé a permis de souder le partenariat entre les acteurs du CRAN. Ce projet a pour objectif de permettre aux populations dites « vulnérables » fréquentant des marchés de Bourgogne de s'engager dans une démarche de pratique d'activité physique et de consommation de fruits et légumes adaptée. Plusieurs territoires de Bourgogne ont été identifiés pour leurs indicateurs socio-sanitaires défavorables et des comités de pilotage avec les acteurs locaux se sont mis en place pour préparer l'action. Ce premier partenariat a souvent été le point de départ pour développer une dynamique locale dans le champ nutrition/santé et ainsi assurer la cohérence des actions qui sont mises en place.



Pour le Collectif

Adeline Morin

Chargée de projets
Instance régionale d'éducation
et de promotion de la santé (IREPS)
Antenne de Côte-d'Or

les cahiers du pôle

Bourgogne

Un nouveau diplôme en région



Renseignements et inscriptions
Vincent Fougairolle,
Ingénieur d'études - Formation continue
SUFCOB - Université de Bourgogne
Maison de l'Université
BP 27877 - 21078 Dijon cedex
Tél : 03.80.39.51.94 - Fax : 03.80.39.51.85
Courriel : vincent.fougairolle@u-bourgogne.fr

Vous êtes **partenaire du pôle régional** de compétences en EPS/PS,

Vous souhaitez valoriser vos travaux de recherche, un outil ou un site Internet, présenter un groupe de travail ou un projet...

... vous pouvez envoyer vos propositions d'article à la rédactrice en chef :

n.ponthier@ireps-bourgogne.org

Pour recevoir gratuitement LES CAHIERS DU PÔLE

merci d'indiquer vos coordonnées à
contact@ireps-bourgogne.org



LES CAHIERS DU PÔLE

Juin 2011 - numéro 1
Parution annuelle

Directeur de publication
Dr Pierre Besse

Rédactrice en chef
Nathalie Ponthier

Secrétaire de rédaction
Sabrina Deschamps

Conception graphique
Frédéric Bay/Designer indépendant

Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé

Coordonnateur du pôle régional de
compétences en EPS/PS
Parc Tertiaire Mirande
14 rue Pierre de Coubertin - Bâtiment H
21000 DIJON
Tél. : 03 80 66 73 48 / Fax : 03 80 65 08 18
contact@ireps-bourgogne.org
www.ireps-bourgogne.org