

la Santé en action

PRÉVENTION/PROMOTION/ÉDUCATION

Loi de santé

Un nouveau cadre d'intervention

Enquête

Bien s'alimenter à prix serrés

Dossier

Intervenants du social : quel rôle pour promouvoir la santé des populations ?

Mars 2016 / Numéro 435

www.inpes.sante.fr
inpes
Institut national de prévention et d'éducation pour la santé



Intervenants du social : quel rôle pour promouvoir la santé des populations ?

Dossier coordonné par Maryse Karrer,

chargée de mission en éducation pour la santé, direction de l'Animation des territoires et des réseaux, Inpes,

Marcel Jaeger,

titulaire de la chaire de travail social et d'intervention sociale du Conservatoire national des arts et métiers (Cnam).

Comment articuler travail social et promotion de la santé au profit des populations ? Tel est le sujet de ce dossier. Indubitablement, les intervenants sociaux occupent un rôle majeur dans la promotion de la santé des populations, par leur proximité avec les personnes vulnérables et leur action sur les déterminants sociaux de la santé (socialisation et lutte contre l'exclusion, renforcement des liens sociaux, logement, insertion professionnelle, participation citoyenne, lutte contre les discriminations et les violences, etc.). Mais cette fonction est insuffisamment reconnue et développée.

Comment articuler travail social et promotion de la santé au profit des populations ? Tel est le sujet de ce dossier. Indubitablement, les intervenants sociaux occupent un rôle majeur dans la promotion de la santé des populations, par leur proximité avec les personnes vulnérables et leur action sur les déterminants sociaux de la santé (socialisation et lutte contre l'exclusion, renforcement des liens sociaux, logement, insertion professionnelle, participation citoyenne, lutte contre les discriminations et les violences, etc.). Mais cette fonction est insuffisamment reconnue et développée.

Champs d'intervention multiples

Qui sont les travailleurs sociaux ? Ils interviennent dans une multiplicité de champs : celui de la grande précarité tant sociale que dans l'habitat, parfois insalubre ; au profit de populations en situation de handicap, de personnes âgées en situation de dépendance, d'enfants, d'adolescents et de jeunes adultes (pré-scolaires et crèches par exemple, structures de vie de l'aide sociale à l'enfance, au sein de la protection judiciaire de la jeunesse...) ; dans les lieux d'accueil pour les personnes en situation d'addiction aux drogues comme les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques chez les usagers de drogues (Caarud), etc.

Le constat établit que les personnes concernées par l'intervention sociale et par l'action médico-sociale sont globalement en moins bonne santé



que la population générale. Elles ont, par conséquent, des besoins plus importants en matière de santé. Et c'est le cœur de ce dossier : au-delà de la question cruciale – non traitée ici – de l'amélioration de l'accès aux soins, des moyens d'action accrus en promotion de la santé sont nécessaires pour lutter contre ces inégalités de santé. Ce dossier aborde donc la fonction du travailleur social, son mode d'intervention en interaction avec les autres professionnels, le rôle du collectif qui l'entoure, les questions éthiques qui se posent.

La littérature et le passage en revue des pratiques enseignent que promouvoir la santé de ces populations *via* l'intervention des structures sociales, médico-sociales et de leurs professionnels donne des résultats incontestables. En effet les – trop rares – évaluations des actions d'éducation pour la santé ou de promotion de la santé auprès des

bénéficiaires de l'intervention sociale mettent en évidence leur impact en termes d'amélioration du bien-être, de la qualité de vie et de réduction des inégalités sociales de santé.

Revue d'expérimentations prometteuses

Ce dossier en apporte nombre d'exemples probants : dans une pouponnière qui accueille des enfants placés âgés de moins de 3 ans, les parents sont associés à la prise en charge de la santé physique et affective de leur enfant ; dans un Ésat, les personnes en situation de handicap deviennent davantage actrices de leur santé *via* un programme de développement des compétences psychosociales et de l'estime de soi. Autre lieu, autre population, même esprit, à savoir celui d'impliquer la personne : dans un atelier santé ville, les habitants d'un quartier populaire sont consultés et

donnent leur avis sur la politique locale de protection de l'environnement ; ailleurs, c'est une association dont l'arthérapeute travaille avec des personnes prostituées sur la réappropriation de leur corps, la façon de prendre soin d'elles et de leur santé. Toujours avec la même éthique d'intervention, un programme de logement des personnes sans domicile fixe permet qu'elles se réapproprient leurs droits fondamentaux, à commencer par celui d'avoir un toit à soi.

De nombreuses initiatives reposent sur des structures pérennes relevant du droit commun : ainsi, quatre instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques (Itep) ont conçu des ateliers d'expression pour aider enfants et adolescents à mieux comprendre leurs émotions afin de les réguler. Tous ces travailleurs sociaux ont pour point commun de travailler en réseau avec leurs homologues de la santé ; en témoignent deux expérimentations prometteuses au profit des personnes âgées en situation de dépendance : des coordonnateurs d'appui font le lien entre le sanitaire, le social et le médico-social, afin que la personne bénéficie de la prise en charge et de l'accompagnement les plus adaptés.

Prendre appui sur les compétences des personnes accompagnées

Enfin, en lien avec cette revue non exhaustive des pratiques, ce dossier propose des pistes d'actions. Il se fonde notamment sur les préconisations du rapport *Refonder le rapport aux personnes*. « *Merci de ne plus nous appeler usagers* », rédigé par le Conseil supérieur du travail social (CSTS). Les experts y soulignent en particulier qu'il convient de « *mettre en valeur les pratiques professionnelles qui prennent appui sur les compétences des usagers, en leur accordant une réelle position d'acteur de leur projet ou d'un projet collectif* ». Il s'agit de dépasser le discours prescriptif pour se pencher sur la réalité de la prise en considération des personnes concernées, en lien avec les pratiques des professionnels. ■

Travail social : à la croisée de l'action sociale et de la santé publique

Marcel Jaeger, titulaire de la chaire de travail social et d'intervention sociale du Conservatoire national des arts et métiers (Cnam).

L'action sociale regroupe un vaste ensemble de moyens permettant aux personnes en difficulté d'être protégées contre les exclusions et d'acquiescer, de préserver ou de retrouver leur autonomie. L'accès aux soins et la santé en sont des composantes essentielles. Pour autant, l'organisation des dispositifs se fonde depuis longtemps sur des distinctions – voire des cloisonnements – entre des législations, des institutions, des catégories professionnelles.

Dans nombre de domaines, les professionnels du social collaborent avec leurs homologues de la santé. Ces deux mondes restent cependant séparés : les acteurs ne sont pas formés ensemble et n'ont pas toujours les mêmes préoccupations.

Mosaïque de professions et d'identités fortes

Le travail social est l'un des moyens de l'action sociale et médico-sociale. Il se caractérise par l'intervention de professionnels identifiés par des compétences spécifiques. Toutefois, il désigne un ensemble de fonctions et de statuts dont les contours ne sont pas toujours clairement perceptibles. Depuis son apparition à la fin du XIX^e siècle [1], ce terme générique – le mot « travail » rompant avec le bénévolat – utilisé par commodité de langage, englobe une mosaïque de professions dont l'objet est la socialisation des personnes en

difficulté. Pendant longtemps, l'appellation n'a concerné que les assistants de service social. Selon la définition adoptée par l'Organisation des Nations unies (ONU) en 1969, les travailleurs sociaux sont des professionnels effectuant un « service social » visant à l'adaptation réciproque des individus et de leur milieu social. En réalité, ce service recouvre traditionnellement quatre dimensions renvoyant elles-mêmes à plusieurs catégories de professionnels :

- l'action sociale, avec les assistants de service social (1938¹) et les conseillers en économie sociale familiale (1973) ;
- l'action éducative, avec les éducateurs spécialisés (1967), les moniteurs-éducateurs (1970), les aides médico-psychologiques (1972), les éducateurs de jeunes enfants (1973), les éducateurs techniques spécialisés (1976). Il faudrait ajouter les éducateurs de l'administration pénitentiaire, les éducateurs de la protection judiciaire de la jeunesse, mais ceux-ci relèvent d'un autre ministère que celui actuellement en charge de l'action sociale et médico-sociale ;
- l'intervention à domicile, avec les travailleuses familiales (1974) devenues, en 1998, les techniciens de l'intervention sociale et familiale, les aides à domicile (1988) devenues, en 2002, les auxiliaires de vie sociale ;
- l'animation, avec un éventail de qualifications, parmi lesquelles le diplôme d'État de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport (DE Jeps), qui a remplacé, en 2006, le diplôme d'État relatif aux fonctions d'animation (Défa) [2].

L'ESSENTIEL

✎ Marcel Jaeger dresse l'historique et l'état des lieux du travail social en France.

✎ Si les travailleurs sociaux travaillent déjà largement en synergie avec les professionnels de santé, il estime que l'on peut aller plus loin, dans une optique d'amélioration de la santé globale des populations.

Refonder le travail social

Au-delà de cet inventaire, d'autres catégories ont été créées pour répondre à une grande diversité de besoins et d'attentes des personnes en difficulté. Ainsi, selon la Drees, la France métropolitaine comptait 1,2 million de travailleurs sociaux au 31 décembre 2011 [3]. 40 % d'entre eux travaillent auprès de particuliers employeurs : assistantes maternelles, gardes d'enfants à domicile ou aides à domicile... Les 727 000 travailleurs sociaux restants représentent 531 000 emplois équivalents temps plein (ETP). Avec 383 000 salariés, correspondant à 240 000 ETP, le secteur de la prise en charge des personnes âgées dépendantes constitue le principal domaine d'emploi des travailleurs sociaux, hors particuliers employeurs. Viennent ensuite le secteur du handicap (123 000 salariés pour 109 000 ETP), l'accueil des jeunes enfants (55 000 salariés pour 37 000 ETP) et la prise en charge des personnes en difficulté sociale (51 000 personnes pour 48 000 ETP).



L'émiettement des catégories professionnelles ne facilite pas la reconnaissance du travail social. C'est pourquoi, dans le prolongement du plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale et de son volet intitulé « *Refonder le travail social* », présenté par le président de la République le 25 janvier 2013, des états généraux du travail social ont été organisés. Ils ont conduit à se pencher sur la réforme de l'architecture des formations sociales. L'un des problèmes épineux est l'inégalité de traitement entre les titulaires de diplômes du travail social post-bac (assistant de service social, éducateur spécialisé, etc.) et le diplôme d'État d'infirmier, puisque, depuis 2009, les infirmiers bénéficient du grade de licence et du classement dans la catégorie A de la fonction publique. Le sentiment d'injustice qui en résulte chez les travailleurs sociaux ne favorise pas l'idée d'une appartenance à un même monde...

Promouvoir le « pouvoir d'agir » des personnes

Cette question, parmi d'autres, est à l'origine du rapport de la députée Brigitte Bourguignon, *23 propositions*

pour reconnaître et valoriser le travail social, remis au Premier ministre le 2 septembre 2015. Or, l'une des premières conclusions de ce rapport est la nécessité de stabiliser une définition du travail social, en se référant à une base d'accord international : la définition du travail social approuvée le 10 Juillet 2014 à Melbourne par l'assemblée générale de l'*International Association of Schools of Social Work (IASSW)* : « *Le travail social est une pratique professionnelle et une discipline. Il promeut le changement et le développement social, la cohésion sociale, le pouvoir d'agir et la libération des personnes. Les principes de justice sociale, de droit de la personne, de responsabilité sociale collective et de respect des diversités, sont au cœur du travail social. Étayé par les théories du travail social, des sciences sociales, des sciences humaines et des connaissances autochtones, le travail social encourage les personnes et les structures à relever les défis de la vie et agit pour améliorer le bien-être de tous.* » Le rapport Bourguignon en a fait sa première proposition opérationnelle, « *sous réserve de quelques aménagements* » : inscrire cette définition du travail social dans le Code de l'action sociale et des familles.

Des professionnels souvent en souffrance

L'ensemble des statistiques cité plus haut ne rend bien évidemment pas compte des difficultés auxquelles sont confrontés les travailleurs sociaux eux-mêmes, alors qu'ils sont appelés à faciliter l'accès aux soins, à contribuer à la prévention et aux actions thérapeutiques.

De ce point de vue, un document publié en 2005 par la direction générale de la Santé et la direction générale de l'Action sociale (devenue aujourd'hui direction générale de la Cohésion sociale) garde toute son actualité. Intitulé « *Souffrances ou troubles psychiques : rôle et place du travailleur social* », ce rapport analysait le « *réel malaise* » des travailleurs sociaux « *du fait de l'importance grandissante de situations qu'ils ont à traiter, dans lesquelles la dimension psychosociale des problèmes ou le trouble psychique de l'utilisateur sont présents, de façon plus ou moins manifeste* ».

Or, l'un des aspects du problème est la difficulté de se coordonner avec d'autres professionnels, notamment des professionnels de santé, lorsque d'une part les troubles rencontrés sont importants, difficiles à cerner, inattendus, etc., d'autre part quand ils bousculent les identités, rendent floues les limites de compétences, interrogent de façon inhabituelle le sens de l'action : « *Lorsque l'incertitude devient grande, le travailleur social est dans une zone d'indétermination professionnelle qui peut aboutir à une impasse de la relation, accompagnée d'un sentiment d'impuissance, ou d'incapacité à répondre de façon satisfaisante à sa mission, voire à un sentiment d'insécurité [...]. Ce malaise peut être accru par la façon dont les usagers sont envoyés par d'autres partenaires vers le travailleur social avec la promesse que ce dernier trouvera bien une solution là où d'autres professionnels se sont déjà épuisés.* » [4]

Social/santé : resserrer les liens

Ces difficultés s'ajoutent aux effets des logiques de rationalisation et des contraintes économiques auxquelles le travail social se confronte, comme d'autres secteurs, dont celui de la santé. Un ensemble important de données doit donc être pris en considération dans la recherche de liens plus étroits entre les travailleurs sociaux et les professionnels de la santé : le poids des

représentations sociales, des cultures professionnelles, les clivages organisationnels... Si des formations communes constituent des pistes intéressantes voire indispensables pour l'avenir, il faut sans doute agir non seulement sur les acteurs, mais aussi sur le système de protection sanitaire et sociale dans sa globalité.

L'une des étapes, aujourd'hui, est la mise en œuvre du plan d'action interministériel en faveur du travail social et du développement social, présenté en conseil des ministres le 21 octobre 2015. Ce plan résulte du processus des états généraux du travail social (EGTS), initié en janvier 2013. Il comporte quatre axes, dédiés à la question de la participation des personnes ; à la promotion du développement social – dans lequel s'inscrit le travail social – ; à la réforme des formations sociales qui implique l'identification d'un « *socle commun* » aux différentes professions ; et à la « *rénovation de la gouvernance du travail social* ». L'avenir proche dira si les nouveaux chantiers ainsi ouverts répondront aux attentes des professionnels et se traduiront par des évolutions bénéfiques pour les personnes en difficulté. ■

1. Les dates indiquées sont celles de la création de ces métiers.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Jovelin E. dir. *L'Histoire du travail social en Europe*. Paris : Vuibert, coll. Perspectives sociales, 2008 : 287 p.

[2] Jaeger M. *Guide du secteur social et médico-social*. Paris : Dunod, coll. Guide Santé Social, 9^e édition, 2014 : 272 p.

[3] Marquier R. 1,2 million de travailleurs sociaux en 2011. *Études et Résultats*, septembre 2014, n° 893 : 6 p. En ligne : www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er893.pdf [dernière consultation le 15 février 2016].

[4] Ministère de la Santé et des Solidarités. *Souffrances ou troubles psychiques : rôle et place du travailleur social*. 2005 : 27 p. En ligne : www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/travailleur_social.pdf [dernière consultation le 15 février 2016].

LE SOCLE DES 14 DIPLÔMES DU TRAVAIL SOCIAL

Le Code de l'action sociale et des familles identifie quatorze diplômes de travail social pour les métiers suivants :

- **aide médico-psychologique** : l'AMP accompagne au quotidien des personnes âgées ou handicapées dépendantes dans les gestes de la vie quotidienne (coucher, lever, toilette, habillage, repas, déplacements, etc.) ; il¹ a également un rôle de soutien à la communication et à la vie sociale ; une importance particulière est donnée à l'engagement relationnel non verbal (présence, approche corporelle, etc.) ;
- **auxiliaire de vie sociale** : l'AVS, anciennement « aide à domicile », réalise des tâches de la vie quotidienne, de façon à maintenir les personnes aidées dans leur milieu de vie habituel.
- **assistant familial** : l'AF accueille de façon permanente, à son domicile et dans sa famille, des mineurs ou des jeunes majeurs au titre de la protection de l'enfance ou des majeurs au titre d'un accompagnement médico-social ou thérapeutique ;
- **technicien de l'intervention sociale et familiale** : le TISF intervient en général au domicile des personnes qui ont besoin d'aide dans des circonstances particulières (décès d'un parent, hospitalisation, naissance, longue maladie, handicap, etc.) ; il les aide en matière d'entretien du logement, de préparation des repas, d'aide aux devoirs et il soutient les parents dans l'éducation de leurs enfants ;
- **moniteur éducateur** : le ME participe, souvent en appui de l'éducateur spécialisé, à l'action éducative et à l'organisation de la vie quotidienne des enfants, adolescents ou adultes en difficulté ou en situation de handicap ;
- **éducateur spécialisé** : l'ES concourt à l'éducation d'enfants et d'adolescents ou au soutien d'adultes présentant des déficiences physiques ou psychiques, des troubles du comportement ou qui ont des difficultés d'insertion ; il aide les personnes en difficulté à restaurer ou à préserver leur autonomie, à développer les capacités de socialisation ; il favorise également les actions de prévention ;
- **éducateur de jeunes enfants** : l'appellation EJE remplace celle de jardinière d'enfants depuis 1973 ; l'EJE assure des fonctions d'accueil et d'éducation d'enfants, âgés de 6 ans et moins, hors de leurs familles,

que ce soit temporairement ou en permanence ; il exerce aussi une fonction d'accompagnement à la parentalité ;

- **éducateur technique spécialisé** : l'ÉTS est à la fois éducateur et spécialiste d'une technique professionnelle ; il est surtout chargé des apprentissages, de la préparation à une insertion professionnelle, soit dans des établissements ou services pour adolescents (instituts médico-professionnels en particulier), soit dans des structures destinées à l'accompagnement d'adultes handicapés et/ou en difficulté sociale ;
- **conseiller en économie sociale familiale** : le CESF concourt à l'information et à la formation des adultes, pour les aider à résoudre les problèmes de la vie quotidienne (budget, aménagement du cadre de vie, etc.) et à favoriser leur insertion sociale ;
- **assistant de service social** : la mission de l'ASS est d'aider à l'insertion sociale et professionnelle des personnes en difficulté, à l'amélioration de leurs conditions de vie, qu'elles soient employées par des entreprises ou qu'elles relèvent de services sociaux ou d'institutions sanitaires, sociales et médico-sociales ;
- **médiateur familial** : le MF accompagne les personnes en situation de rupture ou de séparation afin de favoriser la reconstruction du lien familial et d'aider à la recherche de solutions répondant aux besoins de chacun des membres de la famille ;
- **encadrant ou responsable d'unité d'intervention sociale**, titulaire d'un certificat d'aptitude à ces fonctions (Caferus), il pilote des projets de service en tant que membre d'une équipe de direction ; il peut être chef de service, directeur adjoint ou directeur d'une structure sociale ou médico-sociale ;
- **directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale ou médico-sociale**, titulaire d'un certificat d'aptitude aux fonctions de direction (Cafdes) ;
- **cadre exerçant des fonctions d'expertise, de conseil, de conception, de développement et d'évaluation, appliquées aux domaines des politiques sociales et de l'intervention sociale**, titulaire d'un diplôme d'État d'ingénierie sociale (Déis).

1. Dans la liste qui suit, même si ces professionnels sont très majoritairement des femmes, à l'exception des éducateurs techniques spécialisés, le législateur a consacré l'usage du masculin dans la terminologie.

Soutenir les travailleurs sociaux

Marcel Jaeger,

président de la sous-commission du Conseil supérieur du travail social (CSTS) chargée de la rédaction du rapport¹, titulaire de la chaire de travail social et d'intervention sociale du Conservatoire national des arts et métiers (Cnam).

Il faut en finir avec le mot d'ordre : « mettre l'usager au centre du dispositif ». Il importe d'aller au-delà d'une approche individualisée et « individualisante », de laisser aux personnes accueillies ou accompagnées des espaces qui leur permettent de se prémunir d'un interventionnisme excessif. Il paraît nécessaire de valoriser les pratiques privilégiant l'écoute plus que l'interventionnisme ou l'activisme qui renforce l'assistantat, et de se préoccuper avant tout de gérer la meilleure distance possible au vu des besoins, des demandes, des attentes des personnes. Cela peut passer par un « lâcher prise », surtout lorsqu'est utilisée abusivement l'expression « prise en charge », ce qui ne signifie bien sûr pas l'adoption d'une position de repli consistant à délaisser une personne, à l'abandonner à ses difficultés.

Éthique et adhésion des personnes

Dans la perspective d'une éthique en actes et de nouvelles formes d'accompagnement, la place des professionnels change, ainsi que leurs pratiques. Ils sont amenés à être à l'écoute, disponibles à l'autre, référés à leurs missions et responsables, travaillant en équipe... Ils seront ainsi pragmatiques et observateurs avant d'intervenir ; ils prendront ainsi suffisamment de recul face aux événements et pourront s'adapter au rythme des changements des contextes, en lien avec l'élaboration et la conduite du projet par la personne accueillie

ou accompagnée. Il ne peut y avoir d'action sociale ou médico-sociale pertinente sans l'adhésion suffisante des personnes, ainsi que le rappelait la loi du 2 janvier 2002 en indiquant que « le consentement éclairé doit être systématiquement recherché ».

Mais la notion du « lâcher prise » renvoie à d'autres aspects qui permettent de rompre avec la tentation de la toute-puissance, voire avec la présence jugée parfois étouffante des professionnels. Cela implique une vigilance dans les interventions et une organisation repensée à tous les niveaux pour éviter de graves dérives.

Accompagner le professionnel

Il importe notamment de repenser la place de l'encadrement de proximité et des cadres dirigeants dans les organisations et, donc, les organisations elles-mêmes. Pratiquement tous les établissements et services sociaux et médico-sociaux font référence à l'éthique dans leurs projets institutionnels et leurs différents documents de référence. Pour autant, les postures professionnelles, le vocabulaire employé, les formes d'organisation et d'intervention ne sont pas toujours en correspondance avec la perspective éthique. À l'exclusion de formes de maltraitance qui doivent être traitées selon le cadre juridique et pénal, il faut insister sur la persistance de situations de dépendance et d'assujettissement – des personnes accompagnées – à ceux qui ont en charge de répondre « aux besoins et attentes ». La notion « d'éthique en actes » est à développer pour la distinguer de la seule référence théorique.

Deux autres aspects doivent être interrogés :

– la place des pratiques managériales pensées et construites au regard des objectifs énoncés ;

L'ESSENTIEL

■ Dans son rapport *Refonder le rapport aux personnes*. « Merci de ne plus nous appeler usagers »¹, le Conseil supérieur du travail social (CSTS) se penche en particulier sur la fonction du travailleur social, son mode d'intervention, le rôle du collectif qui l'entoure, les questions éthiques. Il formule des préconisations en la matière.

– la problématique des « fragiles s'occupant des fragiles », le croisement de deux vulnérabilités, même si elles ne sont pas symétriques ni assimilables, aboutissant à de redoutables dilemmes éthiques pour les encadrants qui sont peu préparés à y faire face, notamment dans les services d'aide à domicile.

Face à cela, le professionnel ne peut pas être laissé à lui-même. Il lui faut, non pas un cadre qui l'enserrerait, mais des références auxquelles il puisse se rapporter dans le déroulé des processus d'actions pratiques. Les pratiques professionnelles ont besoin de références en amont (les valeurs et les projets qui les déclinent) qui leur servent de points d'appui. Ces mêmes références seront utilisées avec les personnes accompagnées pour suivre et réguler les situations.

Rôle crucial de l'encadrement

Aussi, le cadre de proximité a une double fonction. Son rôle comporte notamment le rythme de travail et

l'organisation, le contrôle de l'activité, le soutien de la motivation des équipes et leur gestion, l'étayage technique, les liens et les négociations avec les partenaires. Il doit être une aide pour les professionnels, accompagner et soutenir les professionnels dans leurs pratiques, mettre en valeur les projets qui sont mis en œuvre avec les personnes en difficultés. Il ne doit pas être la simple courroie de transmission entre la direction et l'équipe, et doit pouvoir donner une impulsion forte et constante entre la prise en compte de la réalité du terrain et les objectifs des dirigeants.

Le cadre dirigeant, quant à lui, se doit de mettre en œuvre les orientations définies par l'institution ou l'association et par la puissance publique, avec toute la connaissance du cadre juridique et réglementaire, sans perdre de vue la finalité de l'action sociale. La compétence institutionnelle ne doit pas être seulement gestionnaire, mais réaliser son objectif d'action avec et pour les personnes aidées.

Temps de réflexion sur les pratiques

En lien avec les recommandations précédentes, le CSTS préconise de mettre en place, de façon systématique, des temps de réflexion sur les pratiques. Dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux, les manières de concevoir et d'entreprendre ce qu'il est convenu d'appeler « les analyses de pratiques » continuent de se référer à des modèles anciens d'intervention auprès des personnes. Les équipes professionnelles restent centrées essentiellement sur deux aspects :

- l'implication personnelle de chaque professionnel, et elles abordent cette question par la supervision désormais dénommée indûment « analyse des pratiques » ;
- à partir du cas particulier de chaque personne accompagnée, au moyen des « réunions de synthèse » souvent dénommées désormais « réunions de projet ».

En privilégiant ces deux formes de réflexion sur les actions engagées, les équipes professionnelles restent dépendantes de paradigmes anciens faisant reposer l'essentiel des actions sur la personne même de l'intervenant. Ces

deux façons de travailler ont, certes, leur pertinence et leur utilité, mais si les équipes se limitent à cela, elles risquent de ne pas s'appuyer fortement sur deux aspects majeurs de l'intervention sociale et médico-sociale :

- la personne aidée et/ou accompagnée est détentrice de compétences et pleinement actrice de ses choix, avec ses difficultés propres ;

- l'intervention sociale est le résultat d'une conjugaison d'interactions complexes entre les professionnels et les personnes accompagnées.

La complémentarité ne suffit plus

Du fait même de cette complexité, l'action est incertaine et non prévisible bien qu'elle doive être organisée. L'organisation aura alors un statut d'hypothèse de travail réactualisable continuellement. Si cette nouvelle approche des situations, voulue par les principaux textes de référence du travail et de l'intervention sociale, est prise en compte, les différentes actions engagées par des professionnels différents et avec la personne sont à penser sous une double perspective, systémique et processuelle, ce qui doit amener à enrichir les outils de réflexion sur les pratiques. Ce sont les processus pratiques et les logiques d'action qui sont interrogés, puisque l'intervention sociale et médico-sociale tend à se définir désormais à partir de problématisations (plus que sur des diagnostics) et d'actions conjuguées inter- et transdisciplinaires (plutôt que pluridisciplinaires, fondées sur une simple complémentarité).

Pour le moment, ce que nous appelons « l'analyse des processus pratiques » n'est pas identifié comme tel dans les projets d'établissement ou de service. L'analyse des processus pratiques consiste à comprendre, apprécier, réguler et réaménager la cohérence concrète des logiques de travail qui organisent les différentes interventions en regard d'hypothèses de compréhension et d'action issues du travail de problématisation. Cette perspective dépasse largement ce qui existe aujourd'hui en matière de coordination. Ce n'est pas tant de coordination qu'il est question, mais plutôt de cohérence par rapport à des actions engagées.

Mutualisation des pratiques et des connaissances

Pour cela, à tous les échelons, le besoin d'espaces (en temps et en lieux), autorisant le débat et l'interpellation sur les pratiques, est important. Les dialogues, discussions, débats sont nécessaires, ils permettent l'analyse, la mutualisation des pratiques et des connaissances.

Ces temps doivent être inscrits dans le fonctionnement des établissements et services de tous secteurs et financés comme tels. Cela doit se traduire par l'extension du décret du 6 janvier 2005 fixant les conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des instituts thérapeutiques, éducatif et pédagogiques (Itep). « *L'idée d'un retour permanent des travailleurs sociaux sur leurs pratiques dans le cadre d'une refonte des conceptions de l'organisation est une préoccupation largement partagée.* » ■

1. Rapport du Conseil supérieur du travail social (CSTS) remis à Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes et Ségolène Neuville, secrétaire d'État chargée des Personnes handicapées et de la Lutte contre l'exclusion, février 2015. En ligne : www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/CAB_COM_RAPPORT_COMPLET_Merci_non_usagers-2.pdf

Promotion de la santé : un cadre pertinent d'intervention pour les travailleurs sociaux

Maryse Karrer,

chargée de mission en éducation pour la santé, direction de l'Animation du réseau et des territoires, Inpes.

À chaque étape de la vie, l'état de santé d'une personne se caractérise par des interactions complexes entre plusieurs facteurs d'ordre socio-économique, en interdépendance avec l'environnement physique et le comportement individuel. Ces facteurs sont désignés comme les déterminants de la santé. Ils n'agissent pas isolément : c'est la combinaison de leurs effets qui influe sur l'état de santé. À titre d'illustration, voici les douze déterminants retenus par l'Agence de la santé publique du Canada¹ :

- le niveau de revenu et le statut social ;
- les réseaux de soutien social ;
- l'éducation et l'alphabétisme ;
- l'emploi et les conditions de travail ;
- les environnements sociaux ;
- les environnements physiques ;
- les habitudes de santé et la capacité d'adaptation personnelles ;
- le développement de la petite enfance ;
- le patrimoine biologique et génétique ;
- les services de santé ;
- le sexe ;
- la culture.

Au Québec, la carte de la santé et de ses déterminants (voir Figure ci-contre) promus par le ministère de la Santé et des Services sociaux comprend quatre champs : les caractéristiques

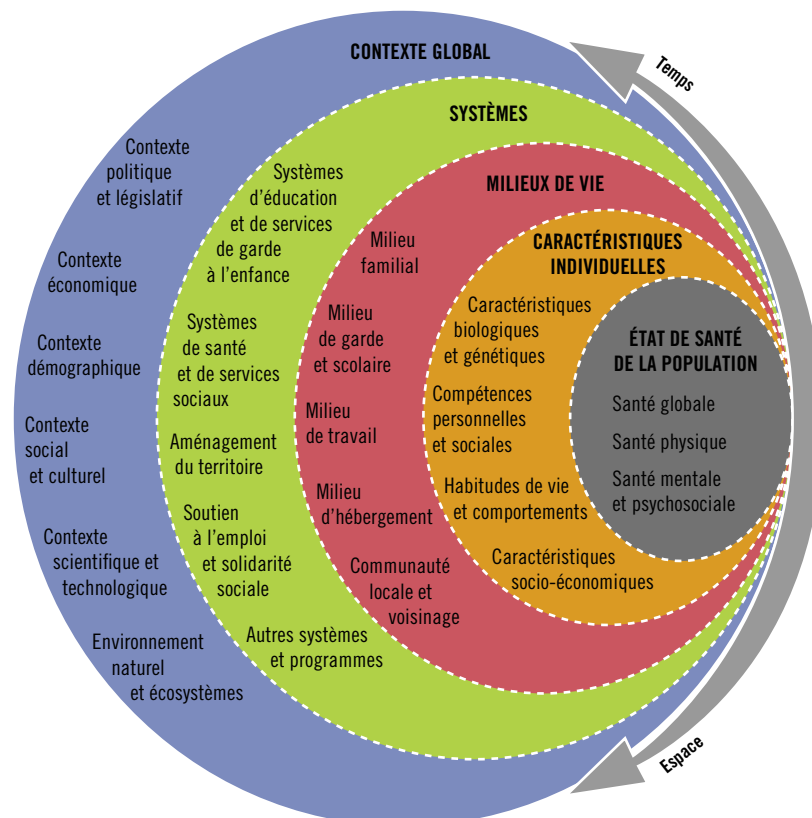
individuelles, les milieux de vie, les systèmes, le contexte global. « *Tous les déterminants de santé se retrouvent dans l'un ou l'autre de ces champs. [...] La ligne pointillée qui les sépare illustre les influences que les déterminants ont les uns sur les autres.* » [1]

Dans la mesure où les travailleurs sociaux agissent sur les déterminants sociaux de la santé (insertion sociale et professionnelle, participation citoyenne, lutte contre les discriminations et les violences, restauration de l'identité, habitat, revenus,

etc.), on peut dire que les acteurs du champ social améliorent la santé et le bien-être des personnes et des populations.

Promotion de la santé : des actions pour réduire les inégalités

L'état de santé des populations ayant un désavantage social est globalement plus dégradé que celui des populations plus avantagées. L'existence d'un lien entre l'état de santé d'un individu et sa position sociale est désormais bien documentée et définit ce qu'il est





L'ESSENTIEL

▣ La majeure partie des déterminants sociaux de la santé se construisent en amont du système de soins, dans les conditions de vie et de travail des individus.

▣ La promotion de la santé a été conçue pour tendre vers plus d'égalité en matière de santé.

▣ Les travailleurs sociaux ont légitimité à agir, avec les professionnels de santé, en faveur de la santé et du bien-être de tous. La promotion de la santé leur offre un cadre adapté pour réduire les inégalités.

convenu d'appeler les inégalités sociales de santé, entendues comme « toute relation entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale » [2]. Cette définition met en lumière le fait que les « inégalités sociales de santé sont considérées comme évitables. Elles ne relèvent pas seulement de la biologie, mais de déterminants socialement construits. » [3].

Ces déterminants sociaux de la santé sont des facteurs explicatifs de la santé et du bien-être [4]. Le rapport Dahlgren et Whitehead [5] permet une première diffusion du concept des inégalités sociales de santé (ISS), repris en 2008 par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dans le rapport de la commission des déterminants sociaux de la santé. Il rappelle que « les inégalités sociales de santé sont le fruit de l'injustice sociale ».

De plus, ces inégalités sociales de santé n'opposent pas seulement les plus avantagés aux moins avantagés, mais

s'appliquent tout le long de l'échelle sociale pour dessiner un « gradient social ».

L'Inspection générale des affaires sociales (Igas), dans son rapport sur les ISS en 2011, partait du constat que « l'action sur le système de prévention et de soins ne permet pas à elle seule de réduire les inégalités sociales de santé. En effet, la majeure partie des déterminants sociaux de la santé se construisent en amont du système de soins, dans les conditions de vie et de travail des individus ».

Or, la promotion de la santé a été conçue pour réduire les ISS et pour tendre vers plus d'égalité en matière de santé [6]. Ainsi, les principales catégories d'actions pour agir contre les ISS sont calquées sur les stratégies d'action de la promotion de la santé [7] :

- élaborer une politique publique s'attaquant en amont aux déterminants macro-économiques, culturels, environnementaux, c'est-à-dire ceux qui agissent sur les conditions de vie et qui façonnent les comportements (ex. : programme environnementaux, politiques de redistribution des richesses, etc.) ;
- renforcer les aptitudes individuelles des plus défavorisés ;

- renforcer les communautés (cohésion sociale et soutien social) les plus défavorisées ;
- créer des milieux favorables et, en particulier, améliorer les conditions de vie et de travail (accès au logement digne, hygiène, facteurs psycho-sociaux et sécurité au travail, accès à des services sociaux et de santé).

Promotion de la santé et intervention sociale : des valeurs communes

Promotion de la santé et intervention sociale ont des valeurs, des pratiques et des finalités en commun :

- des objectifs sociétaux (justice et cohésion sociale) et individuels (recherche du bien-être, de l'autonomie et de l'autodétermination) ;
- des valeurs (équité, responsabilité collective, non jugement des individus, etc.) ;
- une priorité donnée aux populations vulnérables, dans un souci d'équité sociale.

À cela, il convient d'ajouter que les intervenants sociaux agissent sur les conditions préalables et indispensables à la santé, telles que définies dans la charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (« se loger, accéder à l'éducation,

se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un écosystème stable, compter sur un apport durable de ressources, avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable » [8]).

Enfin, la promotion de la santé s'appuie sur des méthodes et des pratiques communes avec le travail social : approche collective participative, démarches communautaires, approche individuelle centrée sur les besoins de la personne, relation d'aide et accompagnement, éducation, *empowerment* (transfert des connaissances visant à développer un potentiel jusqu'à présent caché ou ignoré chez un individu ou groupe d'individus, donc accroissement du pouvoir d'agir d'un individu et de sa capacité d'influer favorablement sur sa propre santé), etc.

Ainsi, les acteurs du champ social sont parfaitement légitimes, avec les professionnels de santé, pour agir en faveur de la santé et du bien-être de tous, que ce soit dans leurs actions individuelles (ouverture des droits, accompagnement dans le parcours de santé, etc.), dans le cadre de la politique de la ville (diagnostics locaux de santé, ateliers santé ville, contrat locaux de santé, etc.) ou encore dans les établissements dans lesquels ils exercent (ateliers bien-être, développement

des compétences relationnelles, etc.). La promotion de la santé leur offre un cadre adapté pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. ■

1. <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/index-fra.php>

PROMOTION DE LA SANTÉ : DÉFINITION

La promotion de la santé est définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme « un processus social et politique global, qui comprend non seulement des actions visant à renforcer les aptitudes et les capacités des individus, mais également des mesures visant à changer la situation sociale, environnementale et économique, de façon à réduire les effets négatifs sur la santé publique et sur la santé des personnes. La promotion de la santé est le processus qui consiste à permettre aux individus de mieux maîtriser les déterminants de la santé et d'améliorer ainsi leur santé »¹.

1. Organisation mondiale de la santé (OMS). *Glossaire de la promotion de la santé WHO/HPR/HEP/98.1*. Genève : OMS, 1999 : 25 p. En ligne : <http://apps.who.int/iris/handle/10665/67245>

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Anctil H. *La Santé et ses déterminants. Mieux comprendre pour mieux agir*. Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012 : 24 p. En ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2011/11-202-06.pdf>

[2] Guichard A., Potvin L. Pourquoi faut-il s'intéresser aux inégalités sociales de santé ? In : Potvin L., Moquet M.-J., Jones C.M. *La Réduction des inégalités sociales de santé*. Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action, 2010 : 280 p. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1333.pdf>

[3] Moleux M., Scheatzel F., Scotton C. *Les Inégalités sociales de santé : déterminants sociaux et modèles d'action* [Rapport]. Paris : Inspection générale des affaires sociales, 2011 : 124 p. En ligne : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000580.pdf>

[4] Goldberg M., Melchior M., Leclerc A., Lert F. Les déterminants sociaux de la santé : apports récents de l'épidémiologie sociale et des sciences sociales de la santé. In : *Sciences sociales et santé*, 2002, vol. 20, n° 4 : p. 75-128. En ligne : http://www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_2002_num_20_4_1570

[5] Dahlgren G., Whitehead M. *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Stockholm, Sweden: Institute for Futures Studies, 1991.

[6] Rootman I., Goodstadt M., Hyndman B., McQueen D.V., Potvin L., Springett J. *et al.* Evaluation in Health Promotion. Principles and Perspectives. *WHO Regional Publications, European Series, N° 92*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2000 : 533 p. En ligne : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/108934/E73455.pdf

[7] Whitehead M. A Typology of Actions to Tackle Social Inequalities in Health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2007, vol. 61, n° 6 : p. 473-478.

[8] Organisation mondiale de la santé (OMS), Bureau régional de l'Europe. *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Genève, 1986. En ligne : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf

LA PROMOTION DE LA SANTÉ, PEU ABORDÉE DANS LA FORMATION DES TRAVAILLEURS SOCIAUX

Dans la mesure où elle met l'accent sur les déterminants sociaux de la santé, la promotion de la santé concerne potentiellement de nombreux secteurs professionnels et notamment le secteur social. C'est pourquoi l'Inpes a entrepris de réaliser auprès de sept formations de métiers du champ social¹ – sur l'ensemble des établissements français de formation en travail social – un état des lieux des activités pédagogiques en lien avec la santé, l'éducation pour la santé et la promotion de la santé. L'étude a été menée en 2014 par enquête téléphonique via une phase quantitative, (318 personnes interrogées), puis qualitative (42 entretiens).

Il ressort essentiellement de ces travaux que la santé est présente dans presque toutes les formations, mais ne représente que 5 % du volume horaire total. À souligner : trois quarts des modules de formation spécifiquement dédiés à la santé ont une entrée thématique et/ou par population. Les concepts d'« éducation pour la santé » et de « promotion de la santé » sont très peu connus et peu enseignés. Les principaux obstacles à l'intégration d'enseignements sur la santé dans ces filières sont le manque de temps (79 %) et l'absence de mention explicite dans les référentiels de formation (36 %). Pour développer ce type de modules, les formateurs sont en demande d'appui (63 %). Cette étude met en évidence plusieurs pistes de travail pour développer des activités pédagogiques en éducation pour la santé et la promotion de la santé : production de supports pédagogiques, partenariats avec des structures-ressources, espaces d'échanges entre formateurs, etc.

Maryse Karrer

Source : Karrer M., Hamel E. Promotion de la santé et formation du secteur social. *Évolutions*, juillet 2015, n° 34 : 6 p. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1679.pdf>

Contact : maryse.karrer@inpes.sante.fr

1. Assistant de service social, moniteur-éducateur, éducateur spécialisé, éducateur technique spécialisé, éducateur de jeunes enfants, technicien de l'intervention sociale et familiale, conseiller en économie sociale familiale.

« Favoriser le travail en réseau entre les travailleurs du social et ceux de la santé »

Entretien avec Diane Bossière,

déléguée générale de l'Union nationale des acteurs de formation et de recherche en intervention sociale (Unaforis).

La Santé en action : Quel regard l'Unaforis porte-t-il sur la prise en compte de la santé dans la formation actuelle des travailleurs sociaux ?

Diane Bossière : Les centres de formation ont à cœur d'intégrer la dimension de la santé dans leurs cursus ; cela fait partie de leurs valeurs, de leur missions et donc du socle de base. Cependant, et bien que nous ne disposions pas d'un bilan précis en la matière, nous observons une grande hétérogénéité entre les différents établissements dans la façon d'introduire les questions de santé – et notamment de prévention – au cours de la formation et dans la somme des sujets abordés.

L'Unaforis n'a pas porté ce sujet plus qu'un autre ou déployé de plan d'action déterminé pour rendre des modules spécifiques obligatoires. Nous relayons la documentation ou les nouveaux outils auprès du réseau, et ces données entrent dans les ressources pédagogiques des centres. C'est sur le

terrain, au niveau local, qu'apparaissent les initiatives. Un certain nombre d'établissements se sont ainsi rapprochés des instances régionales d'éducation et de promotion de la santé (Ireps) afin de coopérer sous forme de partenariats, d'interventions d'experts ou de stages pour les étudiants.

S. A. : Pourquoi les thèmes de la santé et de la prévention ne sont-ils pas approfondis dans la formation des travailleurs sociaux ?

D. B. : Le problème est que nous sommes régulièrement interpellés pour mettre en avant tel ou tel sujet qui apparaît sur le terrain comme important : les violences faites aux femmes, la promotion de la santé, la prévention de la délinquance, celle de la radicalisation des jeunes, etc. La formation initiale des travailleurs sociaux est généraliste et nécessiterait de vrais approfondissements sur chacun de ces thèmes. Ce sont donc autant de priorités qui s'entrechoquent. Nous n'avons aucune intention de ne pas prendre en considération le sujet de la santé ; toutefois ce n'est qu'une priorité parmi d'autres pour nous. Il est compliqué de trouver un juste équilibre, alors que le temps de formation initiale, d'une durée de trois ans, n'est pas extensible.

S. A. : Quelles actions pourraient être mises en place pour donner une place plus large à la santé ?

D. B. : Les états généraux du travail social, démarche de concertation initiée dans le but de simplifier l'accès aux droits des personnes et de mieux reconnaître les professionnels

du secteur (voir les articles de M. Jaeger dans ce dossier), ont conduit à un plan d'action interministériel pour la promotion du travail social, annoncé en octobre 2015. Une des mesures promeut la formation intersectorielle (santé, justice, animation, éducation, sport, etc.) et interprofessionnelle. Il s'agit de décloisonner les métiers, de favoriser la coopération entre les intervenants et de faciliter le travail en réseau, au bénéfice des personnes accompagnées qui sont trop souvent seules, aujourd'hui, à faire le lien entre les professionnels de santé et ceux du social.

Une impulsion stratégique des décideurs est nécessaire pour mobiliser les acteurs institutionnels, et, entre autres, les acteurs de la formation.

Au-delà, d'autres leviers pourraient être actionnés. La formation ne se réduit pas à transmettre des connaissances théoriques sur les méthodologies et les outils. L'immersion sur le terrain est une voie d'entrée pour les questions de santé et de prévention ; les centres de formation cherchent de nouveaux partenariats pour que les étudiants puissent faire leur stage dans des lieux où se déroulent des projets collectifs ou des formations/actions sur ce sujet. Autant de pistes que l'Unaforis soutient au niveau national, et que les établissements de formation des travailleurs sociaux développent au niveau local. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, journaliste.

L'ESSENTIEL

▣ Les travailleurs sociaux sont formés de façon trop cloisonnée, et la promotion de la santé trouve difficilement sa place dans les cursus de formation.

▣ À ce jour, seul le travail en réseau permet de créer du lien entre les professionnels du social et leurs homologues de la santé.

Pouponnière d'enfants placés : « Nous associons les parents pour contribuer au développement de l'enfant »

Entretien avec
Jean-Marc Dezeque,
directeur,
Marie-Odile Sibre,
adjointe de direction,
pouponnière L'Ermitage, Mulhouse.

La Santé en action : Pourquoi avoir souhaité renforcer l'implication parentale à la pouponnière ?

Jean-Marc Dezeque et Marie-Odile Sibre : L'Ermitage – association mulhousienne à but non lucratif – gère une maison d'enfants à caractère social (Mecs), composée notamment d'une pouponnière accueillant une trentaine d'enfants jusqu'à 3 ans. L'un des axes de travail du conseil départemental du Haut-Rhin, notre financeur, porte sur le développement de la parentalité. Nous avons mené, à partir de 2011, une recherche-action concernant la pouponnière et conçu notre projet dans le cadre d'un appel d'offres lancé en 2010 par l'Observatoire national de l'enfance en danger (Oned), centré sur la santé des enfants accueillis au titre de la protection de l'enfance. C'était une belle invite à réfléchir avec nos équipes sur la façon d'impliquer les parents et de passer d'une logique de séparation à une logique de coopération. Ces derniers ne sont pas présents de façon continue, les visites encadrées peuvent donner lieu à des tensions, les relations avec le personnel ne sont pas toujours simples.

Le choix de la santé de l'enfant, comme objet de coopération, a permis de centrer l'action sur une préoccupation commune des parents et des professionnels. Il s'agit de travailler notre relation sans être en rivalité et valoriser leurs capacités en leur donnant une place active.

Nous avons deux objectifs en forme d'hypothèse : quel serait l'impact de l'engagement parental sur le développement de l'enfant et sur la durée de son séjour à la pouponnière ? Comment cette coopération remettrait-elle en question les pratiques et les postures des professionnels de la pouponnière (adjoint de direction, médecin, psychologues, infirmière, puéricultrices, auxiliaires de puériculture, éducatrices de jeunes enfants, monitrices-éducatrices, contrats aidés, services généraux et d'entretien) ?

S. A. : Comment l'implication des parents s'est-elle concrètement mise en place ?

J.-M. D. et M.-O. S. : Nous avons tout d'abord mené une phase préparatoire, à partir d'entretiens avec l'encadrement (chef de service, pédiatre et puéricultrice, psychologue, responsables de groupe) et les professionnelles qui accompagnent les enfants au quotidien (auxiliaires de puériculture, puéricultrice, infirmière...), afin de définir les modalités de la coopération avec les parents et de positionner les fonctions des uns et des autres.

Le dispositif mis en place est le suivant : en plus des visites obligatoires (des parents, *NDLR*), il a été décidé d'instaurer une visite par mois de l'enfant avec le pédiatre et l'infirmière, en présence des parents. Ils sont également sollicités lors des consultations avec des médecins spécialistes ou en cas d'hospitalisation. Une place active leur est donnée : ils pèsent l'enfant par exemple, peuvent poser des questions, bénéficient aussi de temps lors des soins qui lui sont donnés. En résumé, ce dispositif associe systématiquement les parents à tout ce qui concerne la santé de leur enfant.

S. A. : La participation des parents est-elle aisée à obtenir ?

J.-M. D. et M.-O. S. : Il faut parfois beaucoup de temps pour mettre en place cette coopération, qui n'est pas toujours possible quand un parent est incarcéré ou souffre de grandes difficultés psychiques. Cela demande une mobilisation en interne et une certaine vigilance pour que l'implication parentale perdure. Nous informons les parents de la date des visites par courrier ; puis, il faut les rappeler pour s'assurer de leur présence, voire insister pour les convaincre. Mais les résultats sont globalement encourageants, puisque 80 % d'entre eux environ participent.

De plus, nos équipes observent un apaisement des parents et un effet positif sur les relations avec leur enfant. Mis



L'ESSENTIEL

Depuis plusieurs années, les parents sont impliqués dans le suivi de la santé de leur enfant placé à la pouponnière L'Ermitage de Mulhouse. L'évaluation montre que les parents sont plus apaisés et que ce cheminement partagé a un effet positif sur les relations des parents avec leur enfant et, au-delà, sur la santé globale de l'enfant.

en confiance, ils se ressaisissent de leurs capacités parentales et demandent à s'investir davantage auprès de leur enfant. Si d'autres indicateurs nécessitent d'être interprétés dans la durée, en fonction d'un corpus significatif d'enfants concernés, d'ores et déjà, nous notons un accroissement des retours à domicile et une baisse du temps de séjour.

D'autre part, les représentations et les attitudes des équipes vis-à-vis des parents ont manifestement évolué ; l'ancienne posture où le parent est un « intrus » dans l'espace du placement laisse place à une nouvelle démarche d'accueil, de considération et de valorisation de leurs compétences « car ils ont des choses à nous dire et à nous apprendre ».

Cependant, quelques problématiques demeurent ouvertes pour permettre aux adultes de progresser régulièrement dans leur rôle de parent pendant les trois temps du placement (pré, per, post) : la place des pères – les mères étant plus présentes dans la coopération – ; la prise en compte des fratries disséminées entre plusieurs services ; la collaboration avec les partenaires. Le « pré » est la période préalable

au placement, au cours de laquelle des synthèses sont réalisées avec l'ensemble des partenaires connaissant l'enfant et sa famille. Pendant le placement – le « per » –, les liens avec les partenaires sont maintenus afin d'exercer, dans la fluidité, le « post » : l'après-placement et le retour dans la famille.

S. A. : Quels partenariats vous ont permis de mener cette action sur la parentalité et la santé ?

J.-M. D. et M.-O. S. : Cette action a bénéficié d'un soutien institutionnel fort, notamment de la part du conseil général (département), parce qu'elle s'inscrit dans les priorités du schéma départemental de protection de l'enfance. Lors de la phase préliminaire, des rencontres ont été organisées avec les acteurs concernés par le projet, afin de déterminer ses objectifs et ses modalités, et d'identifier les façons dont ces partenaires pourraient contribuer à développer la coopération avec les parents sur la santé de l'enfant. Les acteurs du conseil général ont été étroitement associés : le service d'Aide sociale à l'enfance (ASE), dont le responsable a été très présent lors des réunions du groupe de travail préparatoires à la journée d'étude du 12 juin 2014 consacrée à la recherche-action ; le service de Protection maternelle et infantile (PMI) ; les services de Techniciens de l'intervention sociale et familiale (TISF). Un échange a été

organisé avec des spécialistes de la protection de l'enfance, comme les services d'Action éducative en milieu ouvert (AEMO). Enfin, les acteurs de la santé hospitalière ont été impliqués, le service de Pédiopsychiatrie et l'unité Mère-Bébé notamment.

S. A. : En tant que travailleurs sociaux, vous sentez-vous légitimes à intervenir au sujet de la santé ?

J.-M. D. et M.-O. S. : Bien sûr, la pouponnière n'est pas un lieu thérapeutique à proprement parler. Mais la santé de l'enfant, composante essentielle de son développement, est au cœur de nos préoccupations. Du soin à l'alimentation, de nombreux facteurs de santé vont contribuer à le faire mieux grandir, à favoriser son développement, voire à ce qu'il réassure plus aisément ses capacités. C'est dans notre culture. Faire participer les parents leur permet de ne plus se sentir désinvestis de cette question. Il leur est donné une opportunité supplémentaire de prendre soin de l'enfant à travers le prisme particulier de sa santé. Et la plupart, même si c'est parfois compliqué, ne laissent pas passer cette occasion. Enfin, ce travail a été conduit en collaboration avec une sociologue de l'Institut supérieur social de Mulhouse (ISSM), présente au comité de pilotage. Ce regard tiers apporte également une légitimité supplémentaire à notre action. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, journaliste.

« Comprendre les émotions afin de pouvoir renouer le fil du raisonnement »

Entretien avec Fabrice Garnier,

chef de service éducatif des unités de Fère-en-Tardenois et Mercin-et-Vaux de l'Itep Domaine de Moyembrie

et Sébastien Tricottet, éducateur spécialisé.

La Santé en action : Dans quel contexte avez-vous travaillé en atelier avec des jeunes sur les violences verbales à caractère sexuel ?

Fabrice Garnier et Sébastien Tricottet : Tout d'abord, précisons que les Itep reçoivent des « enfants, adolescents ou jeunes adultes qui présentent des difficultés psychologiques dont l'expression, notamment l'intensité des troubles du comportement, perturbe gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages¹ ». Concernant le territoire dont nous avons la charge, cette structure médico-sociale est dotée de quatre unités, qui accompagnent 22 enfants sur chaque site. Ces jeunes, âgés de 6 à 20 ans, sont accompagnés dans le cadre de l'internat, l'externat ou le service d'éducation spéciale et des soins à domicile (Sessad). Ils souffrent de difficultés psychologiques entraînant des troubles intenses du comportement.

L'idée d'une formation-action pour agir sur les violences verbales sexualisées des jeunes accueillis en institution est née en 2010. Cette initiative s'intitulait : *Agir face aux manifestations « agressives » des jeunes accueillis et bienveillance institutionnelle : violence verbale sexualisée*. Elle a été portée

par l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (Ireps) de Picardie, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) – qui a financé le projet –, ainsi que l'Association des Itep et de leurs réseaux (AIRE). Cette formation-action nous intéressait, et nous avons été parmi les quatre Itep qui s'y sont engagés, deux se trouvant en Picardie et deux autres dans les Pays de la Loire.

Le projet s'est ensuite déroulé sur deux ans, entre 2011 et 2013. Il a concerné des jeunes de 10 à 14 ans. La première année, six ateliers se sont tenus tous les quinze jours. Après un temps d'échanges, d'évaluation et de préparation, six nouvelles séances d'une heure ont eu lieu l'année suivante.

S. A. : Quelle était la teneur de ce travail avec les jeunes ?

F. G. et S. T. : En amont des ateliers avec le groupe de jeunes, notre équipe – comprenant deux éducateurs spécialisés, le chef de service éducatif, une psychologue et une infirmière, qui a travaillé en psychiatrie, ayant l'expérience des ateliers thérapeutiques – a suivi quatre formations (huit jours au total) avec un linguiste.

Au programme : la gestion des conflits, la verbalisation des émotions, l'empathie et la communication verbale/non verbale. En parallèle, nous avons régulièrement rencontré les autres équipes des Itep impliqués. Quelques-uns ont traversé l'Atlantique pour échanger avec le centre de jeunesse de Québec, l'un des partenaires, et nous ont fait un retour d'expérience.

L'ESSENTIEL

- L'Itep de Moyembrie (Aisne), géré par l'union de gestion des établissements des caisses d'assurance maladie (Ugecam) du Nord-Pas-de-Calais-Picardie, a mis en œuvre un projet de restructuration pour améliorer les modes de prise en charge de la population. Il s'agit d'adapter l'offre à la demande et de développer des initiatives nouvelles.
- Dans cet objectif, en 2014, quatre unités Itep ont été créées dans le département. Ces structures médico-sociales proposent une plateforme d'offres de services et d'accompagnements. Les structures familiales accueillent des 6-20 ans souffrant de troubles du comportement.
- Pour répondre à une problématique liée à la violence des jeunes, un atelier propose de comprendre ses émotions afin de les réguler, renouer le fil du raisonnement, développer les compétences psychosociales, dont l'estime de soi et la confiance en soi. Le second atelier travaille sur la prévention des violences verbales à caractère sexuel.

En outre, il fallait construire, en partenariat avec l'Ireps, les outils qui allaient nous permettre d'animer les ateliers. Par exemple, nous avons transformé une salle en station spatiale, avec une décoration de planètes qui représentaient les émotions : colère, peur, joie, tristesse, etc. Des tenues vestimentaires spéciales ont été conçues.

L'Ireps a également élaboré d'autres outils, dont une « jauge à émotions » permettant à chacun de grader son ressenti. Nous avons mis en place à chaque début et fin de séance un rituel de musique et de phrases. Nous, les adultes, avons aussi travaillé notre positionnement : plutôt que de diriger l'atelier, se placer au même niveau que les jeunes pour pouvoir concevoir avec eux.

S. A. : Pourquoi avoir choisi comme thématique d'échange les violences verbales sexuelles ?

F. G. et S. T. : Ces dernières résultent d'un constat posé pour certains de ces jeunes : une perte de contrôle des émotions, qui empêche tout raisonnement et qui peut aussi déboucher sur de la violence physique. Ce sont les symptômes d'un débordement de stress, d'angoisse, d'un état de peur qui se transforme en un envahissement de colère, le plus souvent, ou parfois de tristesse. Il était donc important de travailler sur ce sujet.

Il s'agissait de comprendre, à l'aide d'images, de cartes et de jeux de rôle, où ces jeunes localisent leurs émotions, à la fois dans leurs têtes et dans leurs corps, afin de pouvoir renouer le

fil du raisonnement. Chaque séance était consacrée à une thématique : dans les premiers temps, nous avons abordé les compétences psychosociales, afin d'apprendre à se connaître et à connaître l'autre ; puis, nous avons progressé vers la gestion de conflits et la sexualité.

S. A. : Quels types de difficultés avez-vous rencontrés ?

F. G. et S. T. : L'Ireps nous a facilité la tâche en nous apportant théorie et outils pratiques. Le principal écueil est de gérer un projet qui s'ajoute au travail quotidien. Toutefois, au fil du temps, nous avons réussi à partager nos actions et à faire participer tous les éducateurs. La direction nous a également donné les moyens de mener à bien ce projet : une salle a été mise à notre disposition pendant deux ans, du matériel a pu être acheté, et des disponibilités ont été dégagées pour participer aux séminaires et aux ateliers.

S. A. : Cette formation-action a-t-elle modifié vos pratiques professionnelles ?

F. G. et S. T. : Plus largement, nous avons réalisé une évaluation à chaque fin de cycle. Nous avons pu constater que les jeunes avaient vécu l'expérience de façon positive. Une dynamique de groupe s'est créée, qui a permis plus d'empathie entre eux. C'est positif, cela les a fait avancer.

Par ailleurs, le but de cette formation-action était aussi de remettre en question nos pratiques professionnelles. Comment repérer et intervenir, avant une crise, en fonction de l'attitude du ou des jeunes ? Nous testions, en quelque sorte, des outils collectifs pour pouvoir anticiper, cerner le contexte d'émergence de la crise afin de pouvoir mieux intervenir dans le futur.

Ce projet a modifié notre posture professionnelle. Lorsqu'un jeune commence à s'énerver, nous évitons la confrontation verbale directe, en essayant de le renvoyer à ses émotions. Cette position moins autoritaire nous permet de faire un « pas de côté » en nous mettant à son niveau et en l'incitant à faire le tri entre émotions et raison. C'est une posture que nous avons petit à petit partagée avec nos collègues de l'Itep.

S. A. : Que reste-t-il de cette formation-action, en particulier en termes de changement de posture professionnelle ?

F. G. et S. T. : Ce travail étant une expérimentation, les ateliers sont terminés ; de plus, la restructuration de l'Itep Domaine de Moyembrie, effectuée en 2014, a modifié les espaces en amenant la création des quatre unités. En revanche, les outils – compétences psychosociales, gestion des émotions, etc. – sont utilisés par nos équipes, en particulier lors des rendez-vous individuels avec les enfants.

Lors du travail en groupe (internat ou activité), le changement de posture nous a permis de mettre des mots sur les émotions des enfants lorsque nous sentons qu'ils ne vont pas bien ou qu'une crise peut arriver. Exprimer à un enfant ce que nous ressentons de ce qu'il vit ou ce que nous percevons de ses émotions à un temps donné permet souvent de l'apaiser. En réunion, la gestion des émotions de l'enfant est un axe primordial de son projet personnalisé. ■

Propos recueillis par Nathalie Quérue, journaliste.

ITEP : UN ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISÉ

Les instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (Itep) sont des institutions médico-sociales placées dans le champ de compétence de l'État et financées par l'assurance maladie. Selon le décret les définissant, ils « accueillent les enfants, adolescents ou jeunes adultes qui présentent des difficultés psychologiques dont l'expression, notamment l'intensité des troubles du comportement, perturbe gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages. Ces enfants, adolescents et jeunes adultes se trouvent, malgré des potentialités intellectuelles et cognitives préservées, engagés dans un processus handicapant qui nécessite le recours à des actions conjuguées et à un accompagnement personnalisé [...] ».

Source : Association des Itep et de leurs réseaux (AIRE).

1. Extrait du décret n° 2005-11 du 6 janvier 2005 fixant les conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques.

Pour en savoir plus

- Résumés des communications orales et affichées des instances régionales d'éducation et de promotion de la santé (Ireps), Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé (Fnps).
- Congrès plurithématique de la Société française de santé publique (SFSP). Tours, du 4 au 6 novembre 2015. Communication affichée : « Compétences psychosociales, une stratégie pour travailler la relation à l'autre en institut thérapeutique, éducatif et pédagogique », Christel Fouache ; Communication orale : « Transfert de pratique en établissement médico-social : identifier les espaces de négociations », Christel Fouache.

« Une bonne image de soi est essentielle pour se sentir bien dans son corps et avoir envie de plaire »

Entretien avec Cindy Danzer,

chargée de projets en promotion de la santé,
et Fatiha Bouchemoua,
infirmière en santé publique,
mairie de Vitry-sur-Seine.

La Santé en action : **Comment l'idée d'une intervention au sein de l'Ésat « Les Amis de l'atelier » est-elle née ?**

Cindy Danzer et Fatiha Bouchemoua : Cet établissement et service d'aide par le travail compte 150 personnes handicapées, âgées de 18 à 60 ans, atteintes d'un handicap mental, physique ou psychique. Nous avons répondu à une

demande de la psychomotricienne de l'établissement concernant l'hygiène corporelle. Lors d'un recueil des attentes, la dizaine de personnes volontaires pour participer à l'atelier a choisi de travailler sur l'estime de soi. Le manque d'hygiène découle en effet d'un problème plus large : pour prendre soin de soi, il faut se sentir bien dans son corps et dans sa tête. Une bonne image de soi est essentielle pour avoir envie de plaire aux autres et donc adopter une bonne hygiène de vie.

S. A. : **Quels types d'ateliers avez-vous mis en place ?**

C. D. et F. B. : Nous avons plusieurs objectifs : améliorer la connaissance de soi, renforcer le sentiment de compétence, cultiver la confiance en soi,

développer le sentiment d'appartenance. Le projet s'est déroulé d'avril à septembre 2014. Nous avons organisé quatre séances de deux heures. Les deux premières ont été consacrées à la réflexion sur l'identité – en distinguant les références sociales des références personnelles – et à l'expression des qualités et des compétences, avec l'idée de développer le vocabulaire des participants autour de ces thèmes. Nous avons ensuite fait appel à une socio-esthéticienne et à un photographe pour travailler sur l'image ; les soins du visage sont une bonne approche pour se toucher et éprouver de nouvelles sensations. Des photos ont été prises, avant et après l'atelier. Une exposition des photos des personnes ayant participé

« FIERES DU REGARD PORTÉ SUR EUX »

L'atelier santé est né d'une préoccupation commune de l'équipe de l'Ésat, qui s'interrogeait sur la nécessité du « prendre soin de soi » pour les agents. En tant que psychomotricienne, cette question m'apparaissait évidemment primordiale ; or, la notion d'hygiène, souvent abordée, s'inscrivait à mon sens dans une dynamique beaucoup plus large.

L'atelier, créé en 2013, eut donc initialement pour objectif de proposer aux personnes volontaires un temps autour de la connaissance du corps, de son fonctionnement, en abordant aussi la façon de bien le traiter à travers les soins aux quotidiens, l'alimentation, l'activité physique, etc.

Nous nous sommes ensuite attachés à découvrir comment chaque participant pourrait adapter toutes ces notions à sa propre personne, apprendre à cerner ses besoins et ses envies pour se réapproprier une image de soi plus valorisante. Les agents se sont aisément impliqués dans cette démarche, particulièrement sensibles à l'attention qui leur était portée. De la cohésion du groupe est née une belle capacité d'échange et d'écoute, et une attente de réalisation de projets. C'est dans ce contexte que nous avons choisi de faire intervenir également des partenaires extérieurs (service Promotion santé de la Ville de Vitry-sur-Seine, socio-esthéticienne, photographe, directeur

de magasin, etc.). L'aventure de la rencontre avec soi-même débutait. À ce jour, les personnes ayant participé au projet retirent toutes une fierté manifeste du regard qui a été porté sur elles en ces divers moments. Les photos, les books réalisés à cette occasion restent autant de traces de cette belle aventure que l'on va s'attacher à poursuivre !

Marie-Laure Mollé,
psychomotricienne,
Ésat « Les Amis de l'atelier ».

au projet a ensuite été organisée : le photographe les a aidées à rédiger les légendes. Elles ont été exposées à la Journée du handicap, sur le stand de promotion de la santé, puis dans d'autres structures, comme le centre communal d'action sociale (CCAS) et le centre municipal de santé.

Pluridisciplinaire, ce projet a réuni – autour de l'équipe de l'Ésat – plusieurs partenaires : psychomotricienne, infirmière de santé publique, chargée de projet en promotion et éducation de la santé, photographe et graphiste. Nous avons travaillé avec les éducateurs, en particulier lors du bilan, afin de voir avec eux s'ils avaient constaté des changements dans les habitudes des agents (personnes accueillies) : hygiène vestimentaire, maquillage, etc.

S. A. : *Quel bilan tirez-vous de cette initiative ?*

C. D. et F. B. : Le retour a été globalement positif. Les travailleurs sociaux que sont les moniteurs-éducateurs

ont remarqué des changements chez les agents qui travaillent à l'Ésat ; ainsi, il y a par exemple moins de négligence de la toilette. Certains font davantage attention à leur personne : ils se coiffent, et quelques femmes se maquillent. Surtout, l'ensemble du groupe a ressenti de la fierté à voir leur photo exposée ; ils se sont trouvés beaux et n'imaginaient pas que cela pouvait avoir un tel rendu. Les hommes, particulièrement, étaient étonnés

d'eux-mêmes : ils n'imaginaient pas participer à un atelier de soins esthétiques.

Si nous avons noté une amélioration de l'image positive de soi et du sentiment d'appartenance – chaque participant se sentant en confiance et inclus au sein du groupe –, les progrès nous ont semblé moins nets concernant

l'analyse des qualités et des compétences. Une demande d'approfondir ce sujet a émergé ; c'est pourquoi nous avons décidé de prolonger le projet, entre janvier et juin 2015.

S. A. : *Sur quels points avez-vous travaillé lors de ce second volet ?*

C. D. et F. B. : L'objectif général restait le même : promouvoir l'estime de soi et l'*empowerment*, avec un travail renforcé sur les compétences psychosociales. La valorisation de soi est essentielle dans le domaine de la santé et du bien-être. Trois séances ont été consacrées à exprimer différentes facettes de sa personnalité. Ensuite, le but était d'accompagner les personnes participantes dans le choix d'un style vestimentaire adapté à leur handicap et à l'image qu'elles souhaitent donner d'elles-mêmes. La socio-esthéticienne a organisé un atelier « colorimétrie », pour que les agents découvrent les couleurs qui mettent en valeur. Les trois séances réalisées sur le thème : « Comment je m'habille ? » ont été suivies d'une mise en pratique, lors d'une visite dans un magasin pour essayer des tenues. Le projet a été finalisé par la création d'une séance de photos au cours d'un défilé et d'un recueil de ces photos.

S. A. : *Quelles difficultés rencontrez-vous lors de ce type d'intervention ?*

C. D. et F. B. : Le principal problème est que nous disposons de peu d'outils pour les personnes souffrant d'un handicap mental. Nous avons utilisé le cartable des compétences psychosociales pour les enfants, outil que nous avons adapté. À partir de l'existant, nous avons créé des pictogrammes, des visuels et utilisé le mime pour communiquer les messages de façon simple. D'autre part, avec ce public, il est nécessaire de travailler en tout petit groupe : nous ne pouvons avoir plus de dix participants, afin que chacun puisse s'exprimer.

L'Ésat souhaite poursuivre ce travail, en abordant le volet « Alimentation ». Ne pas faire attention à ce que l'on mange relève aussi du manque d'estime de soi. Nous avons organisé une matinée de sensibilisation, qui a traité des graisses cachées, du sucre, etc. Mais ce projet, plus complexe, car

multifactoriel, nécessite un accompagnement dans leur lieu de vie ; il faudrait impliquer davantage de partenaires, les professionnels qui préparent les repas, la direction, les familles, les éducateurs. ■

Propos recueillis par Nathalie Quérue, journaliste.

CONTRE LES PRÉJUGÉS, UNE RENCONTRE AVEC LES LYCÉENS

Pour préparer la Journée mondiale de lutte contre le sida de décembre 2014, L'Ésat et la mairie ont organisé une rencontre hors les murs de l'établissement, avec l'idée de susciter un dialogue entre des publics qui ne se rencontrent jamais – des personnes handicapées et des lycéens – afin de promouvoir la bonne santé sexuelle. Le groupe ayant participé aux ateliers « Bien-être et estime de soi » (voir l'article ci-contre) se sentait en confiance, porté par la dynamique du premier projet, et cette initiative leur a parlé. Ils ont été partants pour débattre avec un groupe d'élèves du lycée polyvalent Adolphe-Chérioux. Leurs échanges ont été filmés et la vidéo a été projetée lors de la Journée du 7 décembre 2014. « Cela a été un moment fort qui les a beaucoup valorisés, parce qu'ils ont partagé les mêmes questions sur la vie amoureuse et sexuelle, leurs besoins, leurs attentes qui sont proches. Ils ont pu évoquer un certain nombre de préjugés chez les lycéens. Être capable de communiquer avec d'autres et être entendu des jeunes, c'est un moyen d'être reconnu », commentent les porteurs du projet.

L'ESSENTIEL

■ Le service Promotion de la santé de la mairie de Vitry-sur-Seine a mis en place, à la demande de l'Ésat « Les Amis de l'atelier », un programme de développement des compétences psychosociales et de l'estime de soi, au profit des personnes handicapées travaillant dans cette structure.

■ Ces personnes se sont senties valorisées, en particulier par l'exposition de leurs portraits photographiques. L'initiative contribue à déstigmatiser cette population.

Atelier sociolinguistique : l'avis de la population sur la santé et l'environnement

Entretien avec

Barbara Perelman,

chargée de mission en santé publique, coordinatrice de l'atelier santé ville à l'institut de promotion de la santé, service de l'agglomération de Saint-Quentin-en-Yvelines.

La Santé en action : Pourquoi un tel projet participatif ?

Barbara Perelman : L'action impliquant des participants à un atelier sociolinguistique, dans un quartier de la commune de La Verrière, a conduit à la réalisation d'un outil « photo-expression » – des photos destinées à illustrer un thème et qui servent de support au dialogue et à la réflexion – sur la santé environnementale. Elle s'est déroulée en 2014.

S. A. : Comment cette action s'inscrit-elle dans le dispositif de l'atelier santé ville de Saint-Quentin-en-Yvelines ?

B. P. : L'atelier santé ville (ASV) est à la fois une démarche locale et un dispositif de la politique de la ville en résonance avec la loi relative à la lutte contre les exclusions. L'institut de promotion de la santé (IPS) porte un ASV depuis 2006. Dans ce cadre, nous développons des projets dans les quartiers prioritaires, dans l'objectif d'améliorer la santé de la population, en particulier celle des plus démunis, et de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.

Cette démarche repose sur quelques principes, dont le recueil des besoins auprès des publics et la mobilisation des acteurs pour développer la participation

des habitants afin de renforcer leurs compétences psychosociales. C'est ainsi que nous avons mené, en 2013, une étude-action sur la santé et sur l'environnement auprès de plusieurs groupes d'habitants sur le territoire, afin d'engager par la suite des projets, comme la création de cet outil de photo-expression ou encore la réalisation d'un clip sur l'eau.

S. A. : Comment cette action participative s'est-elle déroulée ?

B. P. : Nous avons recueilli, auprès de groupes restreints (*focus groups*) réunissant une dizaine d'habitants, leur perception de la santé et de l'environnement, au sens écologique et dans leur vie quotidienne. Deux groupes de l'atelier sociolinguistique du quartier prioritaire du Bois de l'étang ont participé à ce *brainstorming* initial. Puis, nous leur avons proposé d'aller plus loin dans la démarche en créant un outil de photo-expression, un travail qui a été réalisé au premier semestre 2014.

S. A. : Qui sont les participants et comment ont-ils été impliqués dans la démarche ?

B. P. : Ce sont des habitants du quartier, majoritairement des femmes entre 25 et 60 ans issues de l'immigration du Maghreb et d'Afrique de l'Ouest. Le groupe comptait une vingtaine de personnes dont quatre hommes. Ils ont tout de suite adhéré au projet : le thème les intéressait, car il s'agissait d'aborder la santé sous tous ses aspects : cadre de vie, liens sociaux... Après deux séances de sensibilisation sur les notions de santé,

L'ESSENTIEL

■
À La Verrière dans les Yvelines, dans le cadre d'une étude-action sur la santé et sur l'environnement, les habitants d'un quartier populaire donnent leur avis sur l'environnement et ses liens avec la santé lors des groupes de parole.

d'environnement et les liens entre ces deux thématiques, nous sommes entrés dans le vif du sujet pour construire l'outil de photo-expression.

Une quarantaine de concepts à photographier ont été listés ensemble, et les participants ont proposé la façon de les illustrer : pour le bruit, un chantier de travaux public ; pour la pollution, un pot d'échappement ; pour le tabagisme passif, un groupe d'amis avec des fumeurs ; pour la solidarité, quelqu'un qui aide une personne âgée à traverser la rue, etc. Puis, ils ont parcouru le quartier avec le photographe de l'agglomération pour trouver leurs sujets – objets, paysages, humains – ; une diversité de photos était en effet nécessaire. La dernière étape, avant la reprographie, a été la sélection des clichés, laquelle a donné lieu à d'importants échanges.

S. A. : En quoi est-ce pertinent de parler de la santé dans un atelier sociolinguistique ?

B. P. : Le public concerné est en partie une population primo-arrivante, qui s'inscrit à l'atelier pour une année scolaire, afin d'améliorer notamment son niveau de français. La plupart des personnes ne connaissent pas ou



guère les bases de la prévention et son langage associé. Lors de l'atelier, ces personnes ont ainsi pu enrichir leurs connaissances et leur vocabulaire courant liés à la santé ; il a surtout permis d'aborder la question de la santé globale et de faire comprendre que prendre en main sa santé, ce n'est pas seulement aller chez le médecin et consommer des médicaments.

Au départ, les participants évoquaient la santé surtout sous le prisme de la maladie. Grâce au travail de photo-expression, nous avons pu, ensemble, mettre en lumière les effets sur la santé de l'environnement, de l'alimentation, du sport, du tabagisme, etc., et leur montrer qu'ils peuvent être acteurs de leur santé. C'est un point important, car les habitants qui viennent à l'atelier sont essentiellement des mères de famille ; elles sont un relais auprès de leur propre famille, du quartier et de leur communauté pour transmettre ces connaissances acquises concrètement.

S. A. : *Quels intervenants se sont mobilisés sur ce projet ?*

B. P. : Ma collègue, chargée de mission sur les questions de santé-environnement, et moi-même avons travaillé avec la responsable du développement social urbain de La Verrière, qui est notre référent pour les questions de santé sur la commune, et la formatrice qui anime les cours de l'atelier sociolinguistique. Sont aussi intervenus

le photographe de l'agglomération, le responsable de l'accueil du public de notre institut de promotion de la santé — également en charge de la communication et de la documentation, ainsi que le service de reprographie. Et nous avons fait appel à la librairie Mille Feuilles, qui est un chantier d'insertion, pour réaliser la boîte contenant les 43 photos plastifiées.

S. A. : *Avez-vous été confrontés à des difficultés ?*

B. P. : Nous n'avons pas rencontré de difficultés particulières. Notre méthodologie est adaptée au public des ateliers sociolinguistiques. Quand certaines personnes éprouvent des difficultés à rédiger en français, nous les aidons à écrire leurs idées sur les feuillets repositionnables que nous avons utilisés pour animer le travail de réflexion collective. En revanche, il s'avère plus délicat de faire un suivi sur l'appropriation par les habitants des notions de santé globale mises en avant par l'outil de photo-expression ; en effet, d'une année scolaire sur l'autre, les participants changent. Globalement, le groupe s'est senti valorisé par cette implication dans une démarche de création. Et les nouveaux arrivants ont l'espace pour être créatifs, puisque nous menons une fois par an ce type de projet participatif. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, journaliste.

RÉSEAU FNARS : POUR UN ACCÈS AUX DROITS ET À LA PROMOTION DE LA SANTÉ

La santé des populations s'altère avec l'accroissement de la précarité qui reste un déterminant de santé important du fait du renoncement aux soins pour raisons financières, de l'absence de priorité donnée à la santé par des personnes ayant d'autres soucis à gérer, des situations de refus de soins aggravant la dégradation de la santé.

Le réseau de la Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (Fnars) rassemble de nombreux adhérents sociaux et médico-sociaux. Elle est convaincue que — comme l'emploi ou le logement — la santé et l'accès aux soins peuvent être des leviers d'insertion. À ce titre, l'accompagnement social global doit donc inclure un accompagnement de la santé permettant un accès aux droits et des actions de promotion et d'éducation à la santé. L'accompagnement de la santé vise à prendre en compte la personne accompagnée dans sa globalité pour favoriser son autonomie et la prise en compte de sa santé. Cela implique une démarche de démocratie en santé : sa propre participation à cet accompagnement.

Afin d'améliorer la qualité de l'accompagnement des publics en situation de précarité, la Fnars accompagne les adhérents¹ de son réseau dans la réflexion sur l'évolution de leurs pratiques, interpelle les pouvoirs publics et les collectivités pour faire évoluer les politiques publiques et outille son réseau *via* par exemple les publications, en 2015, de guides pratiques : « *Guide addictions et lutte contre les exclusions – travailler ensemble* » (Fnars, Fédération addiction), ou encore les « *10 fiches actions du guide accompagnement santé* », consultables sur le site Internet de la Fnars².

Marion Quach-Hong

Chargée de mission santé et études, Fnars.

1. L'association « Aux Captifs, la libération », dont le programme de soutien aux prostituées est présenté page suivante, est adhérente de la Fnars et membre de son groupe d'appui national traitant de la prostitution.

2. <http://www.fnars.org>

Prostitution : restaurer l'estime de soi et de son corps par l'art-thérapie

Jean-Marc Oswald,
coordinateur du pôle Prostitution,
association « Aux captifs, la libération ».

L'association « Aux captifs, la libération », va à la rencontre des personnes à la rue à Paris, et intervient notamment auprès d'hommes de moins de 30 ans, en situation de prostitution de rue et d'errance dans la capitale. Il s'agit très majoritairement de jeunes migrants. L'association déploie plusieurs activités, dont un accueil de jour, des maraudes, des ateliers collectifs, etc.

Libérer la parole

Début 2014, dans le cadre d'un projet soutenu par la direction générale de la Santé (DGS), l'association a mis en place plusieurs actions favorisant la prévention des risques d'infections sexuellement transmissibles et l'accès aux soins, parmi lesquelles des ateliers d'art-thérapie deux fois par mois, auxquels ont participé entre trois et huit hommes ayant pratiqué la prostitution dans leur parcours.

Cet atelier est animé par une art-thérapeute professionnelle et fondé sur un temps de relaxation et de réappropriation du corps, puis sur un échauffement collectif et, enfin, un jeu théâtral. L'idée centrale est que les personnes doivent commencer par se retrouver bien dans leurs corps et se réapproprier une estime d'elles-mêmes, préalables nécessaires à l'envie de prendre soin d'elles et de leur santé. L'enjeu est également, par le biais du théâtre, de libérer la parole sur leur situation

(notamment la prostitution ainsi que la grande précarité) et sur les souffrances qui en découlent. En effet, le tabou qui demeure autour de ce sujet chez ce public constitue un frein à la prise en charge. L'art-thérapie favorise ainsi l'expression des peurs ou des difficultés liées à la santé et contribue à pouvoir enclencher une démarche de santé vers les dispositifs de droit commun. Dans le cadre du projet, un partenariat a été établi avec l'hôpital Ambroise-Paré, qui a facilité l'orientation et les prises en charge.

Dynamique collective

L'association a proposé, individuellement, aux personnes qui fréquentent l'accueil de jour (à proximité de la porte Dauphine à Paris) de participer à cet atelier, en le présentant comme un « temps à soi ». L'adhésion est facilitée par le lien de confiance déjà construit entre la personne et le travailleur social.

La principale difficulté de ce dispositif réside dans l'assiduité des participants. Vivant dans l'errance et souvent à la rue, la proposition ne répondait pas à leurs premiers soucis matériels. Par ailleurs, se projetant peu dans le temps, il a été difficile pour plusieurs d'entre eux de s'engager dans la régularité. Néanmoins, un noyau de personnes sollicitées – qui appréhendaient les bénéfices, sur les court et long termes, de ces temps privilégiés – ont participé à l'ensemble des ateliers jusqu'à une représentation théâtrale finale, à la fin de l'année 2014, moment fort de valorisation de soi.

Le travail sur l'estime de soi, effectué via la réappropriation du corps, répond à un vrai besoin pour ce public. Les

L'ESSENTIEL

■ Les ateliers de l'association « Aux captifs, la libération » entreprennent d'aider les personnes prostituées à restaurer leur estime de soi, pour qu'elles prennent soin de leur personne et de leur santé.

participants engagés dans la durée ont tous gagné en confiance, et ils ont entrepris des démarches d'accès à la santé, ainsi que d'insertion sociale globale. C'est pourquoi l'association a souhaité donner suite à l'expérience ; elle a donc organisé des ateliers d'art-thérapie pour d'autres publics (femmes en situation de prostitution, personnes en grande précarité, etc.).

Pour éviter les difficultés liées au manque d'assiduité des participants, une dynamique collective a été constituée à partir de temps privilégiés : ainsi, des séjours de rupture ont permis à de petits groupes d'expérimenter la relaxation, puis le travail sur le corps de façon soutenue. Par ailleurs, l'association a diversifié les propositions et ouvert un atelier de couture animé par une art-thérapeute, qui utilise la réalisation plastique comme média de la démarche thérapeutique. ■

Pour en savoir plus

● Voir aussi la synthèse de cette action, publiée dans le *Guide d'accompagnement santé*, Fnars, 2016 : p. 6. En ligne : http://www.captifs.fr/wp-content/uploads/2015/11/GuideAccompagnementSanté_Fiche_AllerVers.pdf

« Procurer aux personnes SDF un logement, pas un hébergement »

Entretien avec Pascale Estecahandy, praticien hospitalier, coordinatrice nationale du volet opérationnel du programme expérimental national « Un chez soi d'abord ».

La Santé en action : En quoi consiste le projet « Un chez soi d'abord », inspiré d'expériences étrangères du type « Housing First » ?

Pascale Estecahandy : Ce projet s'adresse à des personnes sans abri, présentant des troubles psychiatriques sévères, souvent doublés d'addictions, pour lesquelles les réponses classiques apportées par les institutions ne fonctionnent pas. Ce public tourne en boucle dans les structures sanitaires et sociales, voire la rue ou la prison, sans amélioration de son insertion ou de son état de santé. Au contraire, ces prises en charge coûteuses aboutissent souvent à des ruptures de soin, au point que certaines personnes vont décéder prématurément (de trente à trente-cinq ans plus tôt que la population générale). « Un chez soi d'abord » part du principe que, pour aller mieux, il faut *a minima* un toit qui procure intimité, sécurité et stabilité, c'est-à-dire un véritable logement et pas seulement un hébergement. Nous proposons

de changer de paradigme. Dans les dispositifs habituels, le sevrage ou le suivi d'un traitement sont des préalables à un accès progressif au logement. Dans notre projet, les personnes sans abri accèdent à un logement de leur choix, permanent et diffus dans la cité, sans exigence quant à leur sobriété ou leur consommation de substances, moyennant un accompagnement soutenu à leur domicile par une équipe pluridisciplinaire, médico-sociale. Les seules conditions sont d'accepter au moins une fois par semaine la visite de l'équipe et de participer, dès que la personne a des ressources, au paiement du résiduel de loyer.

S. A. : Comment cet accompagnement fonctionne-t-il concrètement ?

P. E. : La personne est placée au cœur de sa prise en charge et prend part à toutes les étapes de son accompagnement. Cette méthodologie du « rétablissement » a été développée dans les pays anglo-saxons et repose sur l'idée que l'utilisateur est expert de sa propre santé. Les personnes sans logis sont des citoyens à part entière, qui ont des compétences à faire valoir pour développer leur autonomie. Nous nous appuyons sur leurs compétences psychosociales ; le processus de soin et d'insertion est construit avec eux, en partant de leurs propres choix.

Pour réussir, il faut une collaboration entre l'équipe et la personne, ce qui nécessite que cette dernière y trouve du sens et soit en mesure de s'impliquer. L'originalité de cette démarche est qu'elle supprime les frontières entre l'action sociale, la psychiatrie, l'addictologie et l'accès au logement. L'équipe pluridisciplinaire rassemble psychiatre, médecin généraliste et addictologue,

infirmier, travailleurs sociaux, ainsi que des médiateurs qui sont des pairs, parce qu'ils ont eux-mêmes connu la maladie mentale, l'addiction ou la rue. Au moins une fois par semaine, des binômes issus de l'équipe rendent visite aux locataires pour les accompagner dans leurs démarches et maintenir le dialogue.

S. A. : Quel est le bilan de cette expérimentation ?

P. E. : Ce programme, mis en œuvre par l'État et piloté par la Délégation interministérielle pour l'hébergement et l'accès au logement des personnes sans-abri et mal logées (Dihal), est lié à une recherche épidémiologique randomisée et à une étude qualitative coordonnée par le laboratoire de santé publique du professeur Auquier, université Aix-Marseille. Il concerne au total 700 personnes, dont 20 % de femmes, sur quatre sites : Paris, Lille, Marseille et Toulouse. Leur âge moyen est 38 ans et elles ont été en moyenne huit ans sans domicile et quatre ans à la rue.

Outre les troubles psychiatriques, 85 % connaissent des addictions à l'alcool ou aux psychotropes et 50 % souffrent de pathologies associées. Sur ces 700 personnes, 350 ont intégré Un chez soi d'abord et les autres bénéficient de la prise en charge médicale et sociale classique. Ceci permet de procéder à une évaluation de l'impact du logement et de l'accompagnement intensif sur le bien-être, la santé mentale et la réinsertion sociale en comparant les résultats des deux groupes sur un certain nombre d'indicateurs recueillis par une équipe de chercheurs qui a visité tous les six mois, pendant vingt-quatre mois, l'ensemble des participants.

« L'ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE RASSEMBLE PSYCHIATRE, MÉDECIN GÉNÉRALISTE ET ADDICTOLOGUE, INFIRMIER, TRAVAILLEURS SOCIAUX, AINSI QUE DES MÉDIATEURS PAIRS : DES PERSONNES QUI ONT CONNU LA MALADIE MENTALE, L'ADDICTION OU LA RUE. »



Les premiers résultats sont positifs. Au bout de cette période, 80 % des personnes accompagnées sont toujours dans le logement, ce qui correspond aux évaluations des dispositifs similaires existant dans d'autres pays anglo-saxons ou européens. Après douze mois, sur le plan qualitatif, nous constatons une amélioration de la qualité de vie et une baisse des symptômes. Nous notons une diminution de 50 % des durées d'hospitalisation, par rapport à la cohorte suivie par le dispositif classique.

Globalement, les personnes ayant un logement s'engagent dans un parcours de soin et d'insertion. À titre d'exemple, 30 % ont été accompagnées vers la formation professionnelle et l'emploi, certaines ont renoué avec une vie sociale, en retrouvant de la famille, en revoyant leurs enfants, en étant en contact avec des amis. Ne plus être à la rue leur permet de reprendre du pouvoir sur leur vie et de regagner estime de soi et confiance en leurs possibilités.

S. A. : Avez-vous rencontré des difficultés particulières ?

P. E. : Cette méthodologie venue du monde anglo-saxon nécessite un changement de pratiques, pour les

L'ESSENTIEL

- **Le programme « Un chez soi d'abord » ambitionne de supprimer les frontières entre travail social, psychiatrie, addictologie et accès au logement.**
- **Les travailleurs sociaux sont un maillon incontournable, comme les autres professionnels, pour permettre aux personnes sans-abri d'accéder à un logement et de s'y stabiliser.**
- **Ne plus être à la rue permet aux personnes de reprendre du pouvoir sur leur vie et de regagner estime de soi et confiance en leurs possibilités.**

professionnels impliqués, qui n'est pas toujours simple. Des formations spécifiques et des échanges de pratiques ont été proposés en complément des formations initiales des professionnels. Par ailleurs, le principe du décloisonnement sur chacun des territoires n'est pas aisé à mettre en œuvre : le montage avec les différentes structures (hôpital, associations sociale et médico-sociale et gestionnaire de logement) s'avère complexe ; la collaboration demande une mise à plat pour une compréhension mutuelle du travail d'accompagnement de chacun.

L'autre contrainte tient à la difficulté de trouver des logements, particulièrement à Paris. L'expérimentation a surtout été menée dans le parc privé en province, mais le parc public devra être sollicité. De plus, en cas de troubles de voisinage ou si le premier logement ne convient pas, il faut une grande réactivité des équipes pour faire médiation ou trouver un autre appartement, afin de ne pas laisser les troubles s'envenimer, ce qui irait à l'encontre de notre but. Ainsi, 40 % des personnes impliquées dans le programme ont pu être relogées.

Ces personnes sans logis, qui souffrent déjà d'une double peine – la gestion de leur maladie et le regard que la société porte sur eux –, ne doivent pas être stigmatisées davantage. Nous estimons que l'accès au logement social, aux loyers plus abordables, est l'une des clés de la pérennisation du projet.

S. A. : Quel sera le devenir de ce programme expérimental ?

P. E. : Lors de la réunion interministérielle du 18 juin 2015, les résultats probants constatés après douze mois de mise en œuvre ont été présentés et les autorités en ont pris acte positivement. Le principe de prolonger l'expérimentation dans sa forme actuelle, en 2016, a été acté. Ce temps peut paraître long, mais il n'est pas inhabituel pour une expérimentation sociale. Cette année sera mise à profit pour travailler sur les éléments juridiques et financiers permettant de pérenniser le dispositif à partir de 2017. Sous réserve de résultats complets probants à vingt-quatre mois, la généralisation de Un chez soi d'abord pourrait alors être envisagée. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, journaliste.

En région Franche-Comté, un nouveau métier fait le bonheur des médecins généralistes : « coordinateur d'appui de proximité ». Les coordinatrices d'appui de l'Arespa facilitent et simplifient le parcours de soins et de santé.

« Nous réalisons souvent les visites à domicile avec le médecin traitant »

Entretien avec

Aline Sillans,

coordinatrice d'appui,
Association du réseau de santé,
de proximité et d'appui (Arespa)
de Franche-Comté¹.

La Santé en action : En quoi consiste le métier nouveau que vous pratiquez, coordinatrice d'appui de proximité ?

Aline Sillans : Le réseau de santé Arespa a été créé en 2001, à l'initiative de médecins généralistes, pour accompagner l'organisation du maintien à domicile de patients en situation de soins palliatifs. L'idée était de mettre au service du médecin traitant une structure ayant des compétences

complémentaires et un fonctionnement réactif pour coordonner les interventions et faciliter l'exercice des droits. Dès 2008, faisant suite aux recommandations du rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) sur les réseaux de santé, l'Arespa élargit son offre auprès des généralistes bien au-delà des seuls soins palliatifs. En 2010, l'Agence régionale de santé demande à l'Arespa d'étendre son action à l'ensemble de la

région de Franche-Comté, et l'Arespa répond désormais à toutes les situations complexes rencontrées par les médecins généralistes.

Les coordinatrices d'appui sont là pour améliorer au quotidien le lien entre la ville, l'hôpital et le secteur médico-social. Elles ont des formations initiales multiples : assistante sociale, conseillère en économie sociale familiale, diplômée d'un BTS Service à la personne ou d'une licence professionnelle dans le secteur médico-social. Elles enrichissent surtout leurs compétences de formation initiale par une expérience sur le terrain et une formation par immersion avec l'équipe de l'Arespa.

Nous sommes désormais quatorze à intervenir sur plusieurs secteurs. Notre rôle est de répondre aux demandes des acteurs de santé de la Région pour organiser la prise en charge d'un malade à domicile, travailler à la valorisation des droits du patient en lien avec le parcours de santé, à la préparation d'une hospitalisation ou d'un retour à domicile, en lien avec les établissements. En somme, notre mission quotidienne consiste à trouver avec les médecins des solutions permettant d'apporter des réponses très concrètes aux conséquences multiples de l'irruption de la maladie dans la vie de leurs patients. Ce travail engage l'Arespa à construire et favoriser les liens avec l'ensemble des partenaires pouvant intervenir à un moment ou à un autre du parcours.

S. A. : Quelles sont les situations complexes qui requièrent votre présence ?

A. S. : Ce sont les cas où la maladie a un retentissement important sur la vie du patient et celle de sa famille,

quel que soit la pathologie ou l'âge : les pathologies cancéreuses, les maladies neurodégénératives, la dépendance des personnes âgées, les troubles cognitifs, les personnes ayant présenté un accident vasculaire cérébral, les grossesses à risque demandant un alitement, les personnes en situation de handicap compliquée de problématiques de santé (par exemple un cancer chez une personne atteinte de trisomie), l'addictologie, la santé mentale, les situations complexes de pédiatrie, etc. En fait, l'Arespa est sollicitée dans tous les parcours de soins et de santé pour lesquels le médecin n'est plus en mesure de répondre seul aux besoins identifiés, encore une fois sans distinction d'âge ni de pathologie en cause.

S. A. : Qu'apportez-vous concrètement aux patients ?

A. S. : Toutes les personnes n'ont pas les ressources ou l'énergie pour s'organiser ; nous les accompagnons, en veillant à ce qu'elles soient prises en charge dans les meilleures conditions, ce qui implique d'anticiper leurs besoins et de trouver des solutions en accord avec le patient et son médecin traitant. La coordinatrice d'appui se rend toujours au domicile des personnes. Nous pouvons intervenir de façon ponctuelle ou effectuer un suivi sur plusieurs mois, voire plusieurs années. Nous apportons une aide humaine, matérielle et un soutien psychologique. Les malades manquent d'informations. Nous faisons un point avec eux sur les recours financiers existants, que ce soit pour obtenir une aide à domicile, établir un portage de repas ou pour solliciter auprès de la Ligue contre le cancer une aide à l'achat d'une perruque ou

L'ESSENTIEL

▣ Les coordinatrices d'appui de l'Arespa interviennent en direct avec le médecin et les autres professionnels de santé.

▣ Leur action repose sur la connaissance du monde sanitaire, social et médico-social et de l'ensemble des dispositifs existants, de leur articulation et de leurs objectifs.

▣ L'objectif est que le patient, quels que soient son âge, sa pathologie et son environnement, bénéficie de la prise en charge et de l'accompagnement les plus adaptés et réactifs, en réponse aux attentes du médecin traitant et en accord avec la personne.

un accompagnement psychologique par un professionnel. L'ouverture des droits à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) est réalisée après deux mois de carence ; il faut donc travailler en amont pour que les choses se mettent en place rapidement. L'hospitalisation à domicile des enfants est un problème complexe à gérer ; quand les parents s'épuisent, il faut pouvoir réadapter les aides à domicile et les modalités d'intervention de l'équipe médicale pour que la maison ne subisse pas trop de passages de personnes différentes, qui perturbent la vie de la famille.

L'Arespa n'est pas elle-même un effecteur de soins ; en cela, sa vocation est bien de travailler avec les soignants et les acteurs de la santé et du médico-social, en respectant toujours leurs propres pratiques. Cette posture de respect du travail des soignants est profondément ancrée dans la pratique quotidienne de l'Arespa.

S. A. : *Votre métier se situe-t-il au croisement de la santé et du social ?*

A. S. : Oui, car il s'agit de réaliser des prises en charge globales, médico-psychosociales. Il faut à la fois posséder les compétences du travail social, notamment pour faciliter la valorisation et l'exercice des droits et aussi une bonne compréhension des questions de santé, pour gérer et anticiper les conséquences de la maladie dans la vie du patient et de son entourage, afin de participer au mieux à la facilitation du parcours de soins.

Nous réalisons souvent les visites à domicile avec le médecin traitant, ce qui permet d'aborder la situation avec une double approche et ainsi d'intervenir avec pertinence et réactivité. De plus, travailler de concert avec le médecin rassure le patient qui perçoit alors mieux la continuité des actions menées. Notre métier nécessite de



bonnes qualités relationnelles pour faire le lien avec le malade et sa famille, le généraliste, l'ensemble des soignants, y compris les professionnels hospitaliers et tous les acteurs impliqués dans le parcours de santé. La posture de la coordinatrice d'appui rend toujours possible la création du lien avec les professionnels de santé ; de plus en plus, ces derniers ont pris l'habitude de travailler en réseau, ce qui simplifie notre tâche.

C'est aussi un métier d'écoute et d'empathie. Les patients nous confient parfois des choses qu'ils n'ont pas dites au médecin ; si nous les jugeons importantes, nous proposons de l'appeler pour lui en parler ou nous conseillons de le faire. Nous ne jugeons pas le travail des soignants, mais si une personne souffre trop, nous leur faisons remonter cette information. Nous sommes garantes d'un « reporting » de notre action auprès du médecin traitant. Ce dernier est l'interlocuteur privilégié de l'Arespa.

S. A. : *Par votre action, pensez-vous contribuer à la promotion de la santé des personnes que vous accompagnez ?*

A. S. : Nous jouons un peu le rôle de chef d'orchestre pour simplifier le quotidien de personnes malades, qui sont perdues dans un système médico-social complexe et fragmenté. Cet accompagnement leur apporte une meilleure qualité de vie. Les propositions que l'on fait vont dans ce sens.

Aménager une salle de bains n'est pas qu'une question de confort, c'est une action essentielle destinée à prévenir les chutes et donc une aggravation de l'état de santé. Nos compétences, différentes de celles des soignants, permettent de faire prendre conscience de certains besoins de santé. C'est notamment le cas lorsque nous accompagnons des personnes souffrant d'addiction. Nous n'avons pas de formation initiale en santé, mais nous forgeons notre expérience sur le terrain, en immersion avec l'équipe de l'Arespa, sa direction et son conseiller médical qui est lui-même médecin généraliste.

Nous apprenons également beaucoup des médecins avec lesquels nous travaillons (plus de 60 % des médecins généralistes de la région ont travaillé avec l'Arespa, au service de plus de 3 000 parcours de patients au cours de l'année 2015). La pluridisciplinarité est un élément important pour que le bien-être des patients soit pris en compte. Je suis coordinatrice d'appui depuis dix ans et je pense que mon travail contribue effectivement à la promotion de la santé, à la qualité des soins et à l'amélioration de la qualité de vie des personnes malades. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, journaliste.

1. Si sa formation initiale est celle d'assistante sociale, Aline Sillans a surtout acquis des compétences complémentaires par immersion et formation continue en interne par ses pairs et par l'équipe de direction de l'Arespa.

« Soutenir les aidants auprès des personnes dépendantes »

Entretien avec Olivier Frézet,

directeur du service Domcare de la fondation Bagatelle en Aquitaine (maison de santé protestante de Bordeaux-Bagatelle, structure privée à but non lucratif).

La Santé en action : **Vous menez une action pour soutenir les aidants aux côtés des personnes âgées vivant à leur domicile. À quels besoins répond-elle ?**

Olivier Frézet : Notre initiative part d'un constat. Les aidants – famille ou voisins – sont souvent oubliés, dans la mesure où leur rôle n'est pas suffisamment reconnu. Notre objectif est de les soutenir, parce qu'ils jouent un rôle-pivot pour éviter les ruptures dans le parcours des personnes dépendantes. Nous disposons d'une équipe opérationnelle depuis avril 2014. Sa tête de proue est le technicien coordonnateur de l'aide psychosociale aux aidants (TCAPSA). C'est lui qui, suite à une sollicitation d'un service institutionnel, d'un médecin, d'une auxiliaire de vie ou d'un aidant lui-même, se rend au domicile de la personne dépendante : il évalue la charge de l'aidant, les dispositifs mis en place pour la personne aidée, les améliorations à apporter. En fonction de son diagnostic – problèmes financiers, aménagements du domicile, risque de *burn out* de l'aidant –, il sollicite l'assistante sociale ou l'ergothérapeute ou encore le psychologue de l'équipe.

Nous accompagnons l'aidant dans les démarches administratives, financières, de configuration de logement et lui apportons un soutien psychologique.

C'est une équipe légère, mobilisable rapidement (visite à domicile au maximum le lendemain de la sollicitation), qui aide le couple aidant/aidé à construire ensemble un projet de vie le plus longtemps possible à domicile. Nous informons le médecin traitant de l'évolution du projet de vie.

S. A. : Dans votre dispositif, comment le travail social et la promotion de la santé s'articulent-ils ?

O. F. : L'on peut dire que nous réécrivons en quelque sorte la fonction médico-sociale. La santé ne se limite pas à la question médicale, l'environnement du malade est essentiel. Le soutien aux aidants apporte du soulagement et aplanit les difficultés : il peut permettre d'éviter une crise, qui se traduit souvent par une hospitalisation en urgence. Notre intervention a pour but de participer à l'amélioration de la qualité de vie des personnes dépendantes et à leur santé globale. L'Agence régionale de santé (ARS) finance cette action d'approche psychosociale : une ligne budgétaire a été octroyée en 2014 pour expérimenter le dispositif ; depuis 2015, notre structure est intégrée au plan ministériel Paerpa (personnes âgées en risque de perte d'autonomie) et, à ce titre, soutenue financièrement par l'ARS jusqu'en 2017.

S. A. : Quels sont les lignes de force et les points faibles de cette action ?

O. F. : Nous avons géré à ce jour près de trois cents situations d'accompagnement. Nous travaillons sur une évaluation objective avec l'Institut de santé publique, d'épidémiologie et de développement (Isped), pour mesurer

L'ESSENTIEL

-
- L'Ésad, (équipe de soutien aux aidants à domicile) est une équipe d'intervention en soutien des aidants auprès des personnes âgées dépendantes, constituée d'un coordonnateur de l'aide psychosociale aux aidants, d'une assistante sociale, d'un ergothérapeute, d'un psychologue et d'une secrétaire.
- L'équipe épaulé l'aidant, en assurant en particulier le lien avec les divers professionnels de son environnement et ceux de la santé.

la plus-value apportée à l'aidant, grâce à un questionnaire qui ne sera pas un sondage de satisfaction.

Nous souhaiterions intervenir le plus en amont possible ; cependant, le plus souvent, l'équipe est sollicitée en situation de crise, lorsque que par exemple l'aidant « craque » pendant une visite chez le généraliste. Ce dernier est l'une des pierres angulaires du couple aidant/aidé. Cette mise en relation tardive est une difficulté.

Nous devons donc continuer à nous faire davantage connaître auprès des professionnels de santé et des intervenants à domicile. Nous avons construit une « grille de fragilité » de l'aidant, afin d'aider ces intervenants à repérer précocement des signes d'alarme : perte d'appétit, problème de sommeil, etc. L'équipe pourrait être ainsi alertée plus en amont. Cet outil sera bientôt testé auprès d'aidants de personnes suivies par un service de soins infirmiers à domicile ou par une association d'aide à la personne. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, journaliste.

La rubrique « Pour en savoir plus » propose des ressources documentaires en complément du dossier thématique. Pour ce dossier consacré au rôle des intervenants du social dans la promotion de la santé des populations, nous nous sommes concentrés sur des ressources faisant référence dans les deux champs concernés : la promotion de la santé et le travail social à seule fin de valoriser les points de rencontre de ces deux champs.

Ce numéro fait résonance avec des dossiers antérieurs de la revue :

- *Réduire les inégalités sociales dès la petite enfance*, 2013, n° 426. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-action-426.pdf> ;
- *Recherche interventionnelle en santé publique : quand chercheurs et acteurs de terrain travaillent ensemble*, 2013, n° 425. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-action-425.pdf> ;
- *Territoires fragilisés : quelles stratégies pour la santé des populations*, 2014, n° 428. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-action-428.pdf> ;
- *Promouvoir la santé des personnes en situation de handicap*, 2011, n° 412. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-412.pdf> ;
- *Les professionnels de la santé et du social de l'Éducation nationale*, 2011, n° 415. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-415.pdf> ;
- *Inégalités sociales de santé : connaissances et modalités d'intervention*, 2011, n° 414. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-414.pdf>.

Sandra Kerzanet,
documentaliste à l'Inpes.

ARTICULATION SANTÉ / SOCIAL

- **Coopérer, coordonner : nouveaux enjeux [dossier]**. *Vie sociale*, 2010, vol. 1, n° 1 : 196 p.
- **Depaulis A., Navarro J., Cervera G. Travailler ensemble, un défi pour le médico-social. Complexité et altérité**. Toulouse : Érès, coll. Les dossiers d'Empan, 2013 : 208 p.
- **Jaeger M. L'Articulation du sanitaire et du social**. Paris : Dunod, coll. Santé Social, 2012 : 224 p.
- **Landanger B. La Collaboration entre travailleurs sociaux et soignants sur les problématiques de précarité et de santé**. Mémoire de diplôme supérieur en travail social. Dijon : Irteess, 2004 : 98 p. En ligne : www.cedias.org/download/down/61000.pdf
- **Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Plan d'action interministériel en faveur du travail social et du développement social. États généraux du travail social**. Paris : ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, 2015 : 60 p. En ligne : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_d_action_egts_maquette_20102015_web.pdf
- **Ministère du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité. Décloisonnement et articulation du sanitaire et du social**. Rennes : ENSP, 2007 : 116 p.
- **Rayssiguier Y., Jegu J., Laforcade M. dir. Politiques sociales et de santé. Comprendre et agir**. Rennes : EHESP, 2012 : 671 p.

REPLACER LA PERSONNE AU CŒUR DE LA SANTÉ, EMPOWERMENT

- **DGCS, Conseil supérieur du travail social. Refonder le rapport aux personnes. « Merci de ne plus nous appeler usagers »**. Paris : ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, 2015 : 184 p. En ligne : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/CAB_COM_RAPPORT_COMPLET_Merci_non_usagers-2.pdf
- **Empowerment et santé mentale [dossier]**. *La Santé de l'homme*, 2011, mai-juin 2011, n° 413 : p. 7-44. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-413.pdf>
- **Jaeger M. dir. Usagers ou citoyens ? De l'usage des catégories en action sociale et médico-sociale**. Paris : Dunod, coll. Santé Social, 2011 : 272 p.
- **Jouffray C., dir. Développement du pouvoir d'agir. Une nouvelle approche de l'intervention sociale**. Rennes : EHESP, coll. Politiques et interventions sociales, 2014 : 240 p.
- **Vallerie B. dir. Interventions sociales et empowerment (développement du pouvoir d'agir)**. Paris : L'Harmattan, coll. Savoir et formation, 2012 : 194 p.

FORMATION

- **Karrer M., Hamel E. Promotion de la santé et formations du secteur social. Évolutions**, juillet 2015, n° 34 : 6 p. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1679.pdf>

• Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. *Référentiel de compétences en éducation pour la santé. Comité consultatif pour l'élaboration des programmes de formation en éducation pour la santé*. Saint-Denis : Inpes, 2013 : 96 p. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1453.pdf>

• Institut national de santé publique du Québec. *Référentiel de compétences en prévention et promotion de la santé et des services sociaux du Québec*. Montréal : INSPQ, 2014 : 63 p. En ligne : https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1865_Referentiel_Compétences_Sante.pdf

• Nogues H., Rouzeau M., Molina Y. dir. *Le Travail social et ses formations à l'épreuve des territoires*. Rennes : EHESP, 2011 : 269 p.

• Onisep. *Les Métiers du social*. Marne-la-Vallée : Onisep, coll. Parcours, 2015 : 144 p.

• Satilmis L., Pelosse L. *Analyse des besoins de formation des travailleurs sociaux en promotion de la santé en Rhône-Alpes [rapport d'enquête]*. Lyon : Pôle régional de compétences Rhône-Alpes, 2014 : 20 p. En ligne : http://education-sante-ra.org/publications/2014/formation_travailleurs_sociaux.pdf

• Se former et former en promotion de la santé [dossier]. *La Santé de l'homme*. 2011, n° 416 : p. 7-42. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-416.pdf>

DÉTERMINANTS SOCIAUX ET INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

• Commission des déterminants sociaux de la santé (OMS). *Comblent le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. Genève : OMS, 2008 : 246 p.

• Dorvil H. *Travail social et déterminants de la santé*. *Intervention*, 2013, n° 139 : p. 75-78. En ligne : http://www.revueintervention.org/sites/default/files/intervention_139_7_travail_social_et_determinants_de_la_sante.pdf

• Coupienne V., Feulien C., Leva C., Maleve E. Rosalie – Un réseau d'échanges, de partage d'expériences et de savoir-faire pour faire face aux inégalités sociales de santé. *Éducation santé*, 2012, n° 284 : p. 12-14. En ligne : <http://educationsante.be/article/rosalie-un-reseau-dechanges-de-partage-dexperiences-et-de-savoir-faire-pour-faire-face-aux-inegalites-sociales-de-sante/>

• Fondation du roi Baudouin. *Lentille sur les inégalités sociales de santé* [Site Internet], 2014. En ligne : <http://www.inegalitesdesante.be/>

• Haut Conseil de la santé publique. *Les Inégalités sociales : sortir de la fatalité*. Paris : HCSP, 2009 : 100 p. En ligne : www.hcsp.fr/explore.cgi/hcspr20091112_inegalites.pdf

• Chaire Inpes « Promotion de la santé » à l'EHESP. *Plaidoyer pour l'action sur les déterminants sociaux de la santé en France. Les recommandations du 5 juin 2012*. Rennes : EHESP, 2013 : 6 p. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1454.pdf>

• Inpes, association Élus, santé publique et territoires, Réseau français des Villes-Santé de l'OMS. *Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. Intérêt d'une approche locale et transversale*. Saint-Denis : Inpes, juin 2013 : 12 p. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/ISS/pdf/brochure-elus.pdf>

• Lang T. *La santé se construit dans un environnement social*. *Questions de santé publique*, 2009, n° 7 : 4 p. En ligne : http://www.iresp.net/iresp/files/2013/04/091204152034_qspn-7-determinants-.pdf

• Ministère de la Santé et des Services sociaux. *La Santé et ses déterminants. Mieux comprendre pour mieux agir*. Québec : gouvernement du Québec, 2012 : 24 p. En ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2011/11-202-06.pdf>

• Moleux M., Schaezel F., Scotton C. *Les inégalités sociales de santé : déterminants sociaux et modèles d'action [rapport]*. Paris : Inspection générale des affaires sociales, 2011 : 124 p. En ligne : http://www.ladocumentationfrancaise.fr/doctype/rapport_telechargement/var/storage/rapports-publics/114000580.pdf

• Paquette J., Leclerc B.-S., Bourque S. *La Santé dans tous ses états : les déterminants sociaux de la santé. Trousse pédagogique*. Montréal : CSSS de Bordeaux-Cartierville-Laurent-CAU, 2014 : 44 p. En ligne : http://www.csssbcstl.qc.ca/fileadmin/csss_bcs/Menu_du_haut/Publications/Trousse_pedagogique/Trousse_pedagogique_finale.pdf

• Potvin L., Moquet M.-J., Jones C. dir. *Réduire les inégalités sociales de santé*. Saint-Denis : Inpes, coll. La Santé en action, 2010 : p. 346-357. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1333.pdf>

• Inpes. *Inégalités sociales de santé. Pour en savoir plus : sites et organismes ressources*. [Site Internet], 2012. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/ISS/bibliographie/organismes-ressources.asp>

ENFANCE

• Barras C., Pourtois J.-P. *Développer les compétences éducatives des familles en situation de précarité*. *Revue EMPAN*, 2005, vol. 4, n° 60 : p. 65-73. En ligne : http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=EMPA_060_0065

• Boutanquoi M., Boutin G., Brugnot P., Fablet D., Lacharité C., Minary J.-P., et al. *Interventions sociales auprès des familles en situation de précarité*. Paris : L'Harmattan, coll. Savoir et formation, 2011 : 142 p.

• **Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale. Guide de bonnes pratiques de soutien à la parentalité.** Paris : Fnars, 2008 : 196 p.

En ligne : <http://www.fnars.org/publics/enfance-famille/ressources-enfance-famille-menu/publications-fnars-menu-enfan-fam/1556-guide-de-bonnes-pratiques-de-soutien-a-la-parentalite>

• **Houzelle N., Arcella-Giroux P., Saïas T. Réduire les inégalités sociales de santé dès la petite enfance [dossier].** *La Santé en action*, 2013, n° 426 : p. 18-53. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-action-426.pdf>

• **Lagarde F. Techniciens de l'intervention sociale et familiale : un soutien au plus près des parents et de l'enfant.** *La Santé en action*, 2013, n° 426 : p. 30-31. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-action-426.pdf>

• **Lopez A., Moleux M., Schaetzel F., Scotton C. Les Inégalités sociales de santé dans l'enfance. Santé physique, santé morale, conditions de vie et développement de l'enfant [rapport].** Paris : Inspection générale des affaires sociales, 2011 : 204 p. En ligne : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000581.pdf>

• **Réseau français des Villes-Santé de l'OMS. Santé et parentalité. L'approche des Villes.** Rennes : Presses de l'EHESP, 2013 : 84 p. En ligne : <http://www.villes-sante.com/?wpdmdl=2>

PERSONNES AUX CONDITIONS DE VIE PRÉCAIRES

• **Cayla M.-S. Une démarche globale de santé pour les personnes précaires.** *Les Cahiers de santé publique et de protection sociale*, 2015, n° 16 : p. 22-29.

• **Chauffaut D., David E., Guilloux S., Olm C. Les dispositifs d'insertion face aux problèmes de santé.** *Cahier de recherche du Crédoc*, 2004, n° 208 : 138 p. En ligne : <http://www.credoc.fr/pdf/Rech/C208.pdf>

• **Comité pour la santé des exilés (Comede). Migrants/étrangers en situation précaire. Soins et accompagnement. Guide pratique pour les professionnels.** Saint-Denis : Inpes, 2015 : 535 p. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFES-Bases/catalogue/pdf/1663.pdf>

• **ENFAMS : Enfants et familles sans logement personnel en Île-de-France. Premiers résultats de l'enquête quantitative [rapport].** Paris : Observatoire du Samu social de Paris, 2014 : 418 p. En ligne : http://www.mipes.org/IMG/pdf/ENFAMS_rapport_final.pdf

• **Girard V., Estecahandy P., Chauvin P. La Santé des personnes sans chez-soi. Plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen [rapport].** Paris : ministère de la Santé et des Sports, 2009 : 231 p. En ligne : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_sante_des_personnes_sans_chez_soi.pdf

• **Giuliani F. Accompagner. Le travail social face à la précarité durable.** Rennes : Presses universitaires de Rennes, coll. Le Sens social, 2013 : 192 p.

• **Tiffou H., Lardillon F. Marseille : expérience de démarche participative avec les ateliers Santé et Citoyenneté.** In : Potvin L., Moquet M.-J., Jones C. dir. *Réduire les inégalités sociales de santé.* Saint-Denis : Inpes, coll. La Santé en action, 2010 : p. 346-357. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1333.pdf>

PERSONNES ÂGÉES

• **Barthélémy L., Bodard J., Feroldi J. dir. Actions collectives « Bien vieillir » : repères théoriques, méthodologiques et pratiques. Guide d'aide à l'action.** Saint-Denis : Inpes, coll. La Santé en action, 2014 : 108 p. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1548.pdf>

• **FNG, REVeSS, UMR 6578 CNRS. Recherche qualitative exploratoire handicaps – incapacités – santé et aide pour l'autonomie (RHISAA) [Rapport de recherche].** Paris : FNG, 2010 : 266 p. En ligne : http://www.inpes.sante.fr/professionnels-sante/pdf/RHISAA_Vol_I.pdf

• **Regat S., Barthélémy L., Hamel E. État des lieux des formations continues pour les aides à domicile dans le champ de la protection de l'autonomie des personnes âgées.** *Évolutions*, 2012, n° 27 : 6 p. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1424.pdf>

HANDICAP

• **Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. L'Accompagnement à la santé de la personne handicapée.** Saint-Denis : Anesm, 2013 : 128 p. En ligne : http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/ANESM-RBPP-Accompagnement_sante-Juillet_2013.pdf

• **Fouache C., Lorenzo P., Berry P., Renard C. Préconisations pour le développement de programmes de promotion de la santé en IME. Livre blanc.** Châlons-en-Champagne, Le Mans, Amiens, Havré : Ireps Champagne-Ardenne, Ireps Pays de la Loire, Ireps Picardie, Observatoire de la santé du Hainaut, 2011 : 41 p. En ligne : http://www.irepspd.org/_docs/Fichier/2015/2-150115055443.pdf

• **Foucard B., Clerget F., Boulahtouf H. Étude régionale sur la promotion de la santé en ESMS relevant du secteur du handicap [Rapport].** Montpellier : CREAI-ORS Languedoc-Roussillon, 2014 : 63 p. En ligne : <http://www.creaiors.fr/content/download/7001/98788/version/4/file/2014+Rapport+final+ARS+Promotion+Sant%C3%A9+mars+2014+VF.pdf>

• **Hescot P., Moutarde A. Améliorer l'accès à la santé bucco-dentaire des personnes handicapées. Rapport de**

la mission « Handicap et santé bucco-dentaire ». Paris : ministère du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité, secrétariat d'État chargé de la Famille et de la Solidarité, 2010 : 60 p. En ligne : http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/fileadmin/user_upload/pdf/morano_rapport.pdf

• **Le révérend M., Lorenzo P. Éducation pour la santé des personnes en situation de handicap : analyse des représentations et pratiques professionnelles dans les établissements médico-sociaux de type IME, Impro et Sessad de Picardie.** Amiens : Ireps Picardie, 2001 : 75 p.

• **Promouvoir la santé des personnes en situation de handicap [dossier].** *La Santé de l'homme*, mars-avril 2011, n° 412 : p. 9-47. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-412.pdf>

• **Santé et handicap [dossier].** *L'Astrolabe d'Hygie. Concepts, Pratiques & Politiques*, 2013 : n° 4 : 29 p. En ligne : www.pole-education-sante-lr.fr/IMG/pdf/l_astrolabe_d_hygie-4.pdf

SANTÉ MENTALE

• **Action sociale et santé mentale. Mariage d'amour ou mariage arrangé ? [dossier].** *Vie sociale*, 2007, n° 1 : 128 p.

• **Direction générale de la Santé (DGS), direction générale de l'Action sociale (DGAS). Souffrances ou troubles psychiques : rôle et place du travailleur social.** Paris : DGS, DGAS, 2005 : 27 p. En ligne : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/travailleur_social.pdf

• **Ryan P. Le Guide PROMISE pour la formation des professionnels du sanitaire et du social sur la promotion de la santé mentale.** Executive Agency for Health and Consumers, European Network for Mental Health Promotion, 2013 : 32 p. En ligne : <http://entermentalhealth.net/promise/docs/Le%20Guide%20PROMISE%20240912.pdf>

STRUCTURES RESSOURCES

• **Association nationale des instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques et de leurs réseaux (AIRE)**

Créée en 1995, l'AIRE milite depuis pour :

- réunir tous les professionnels concernés par la prise en compte des jeunes qui présentent des difficultés psychologiques ;
- développer la réflexion sur :

< le sens et les modalités des interventions en regard des problématiques des enfants adolescents et jeunes adultes accueillis ;

< la place des instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques dans le secteur médicosocial ;

< le travail en réseau, avec les dispositifs d'enseignement et de formation et la pédopsychiatrie, le cas échéant avec l'Aide sociale à l'enfance et la Justice, l'animation sportive et culturelle, etc.

AIRE propose un espace de rencontre et de réflexion aux établissements et services accueillant des enfants et adolescents qui présentent des difficultés perturbant gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages. Par une intervention interdisciplinaire d'ensemble (des interventions thérapeutiques, éducatives et pédagogiques dans une perspective soignante), ces établissements et services tentent d'inverser le processus handicapant dans lequel ces jeunes, aux potentialités intellectuelles et cognitives préservées, sont engagés.

En ligne : <http://www.aire-asso.fr/index.php>

• **Conseil supérieur du travail social (CSTS)**

Représentation nationale des acteurs de la mise en œuvre des politiques sociales, le CSTS, créé en juillet 1984, est une instance consultative placée auprès du ministre chargé des Affaires sociales.

La compétence du CSTS s'étend à l'ensemble des questions concernant le travail social, notamment :

- l'exercice des professions sociales ;
- la formation des travailleurs sociaux ;
- l'apport de son expertise au ministre chargé des Affaires sociales sur les problématiques du travail social et des formations sociales ;
- la veille sur les nécessaires évolutions du travail social, des formations sociales et des pratiques professionnelles liées à la mise en œuvre des politiques publiques ;
- la formulation d'avis, recommandations et propositions, notamment à la demande du ministre chargé des Affaires sociales dans le cadre de rapports sur des thèmes soumis par celui-ci.

En ligne : <http://social-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/instances-rattachees/article/csts-conseil-superieur-du-travail-social>

• **Conservatoire national des arts et métiers (Cnam), enseignement « Intervention sociale »**

Le Cnam dispose d'un cursus « Intervention sociale » qui regroupe un ensemble de chaires, de services d'enseignement et de laboratoires de recherche.

Des séminaires et événements s'y déroulent régulièrement autour de cette problématique.

En ligne : <http://intervention-sociale.cnam.fr/>

• **Observatoire national de l'enfance en danger (Oned)**

L'Oned a été créé afin de « mieux connaître le champ de l'enfance en danger pour mieux prévenir et mieux traiter », ce qui repose sur une meilleure coordination de l'action de l'État, des conseils départementaux et des associations de protection de l'enfance. Plusieurs missions ont été déclinées :

- la mise en cohérence des données chiffrées ;
- le recensement des pratiques de prévention, de dépistage et de prise en charge ;
- le développement d'études et de recherches ;
- la diffusion de la documentation scientifique (centre de ressources numérisé).

En ligne : <http://oned.gouv.fr/>

• **La « PJJ promotrice de santé » : une démarche globale de promotion de la santé**

Sur le terrain, les professionnels de la Protection judiciaire de la jeunesse contribuent, au travers de l'action d'éducation, à améliorer la santé et le bien-être des jeunes. Pour valoriser ce qui existe et aller plus loin, l'institution a lancé en 2013 un projet faisant de

la promotion de la santé l'affaire de tous. Le projet « PJJ promotrice de santé » repose sur le concept de promotion de la santé défini par la charte d'Ottawa, ratifiée par la France lors de la Conférence mondiale de la santé de l'OMS en 1986. Il postule que la « santé-bien-être » est déterminée avant tout par des facteurs non biomédicaux : ainsi, la prise en charge des mineurs par les éducateurs de la PJJ et la qualité de leur environnement sont tout aussi importants que l'accès aux soins. Ces nouvelles orientations font également de la santé l'affaire de tous, celle du jeune et des éducateurs avant celle des professionnels de la santé.

Cette démarche doit irriguer l'ensemble des projets de service et s'intègre dans l'action éducative. L'éducation à la santé ne peut cependant reposer sur la seule intervention des éducateurs de la PJJ. Aussi, une convention de partenariat, soutenue par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), a été signée avec la Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé (Fnes) pour soutenir les services déconcentrés de leur expertise.

• Union nationale des associations de formation et de recherche en intervention sociale (Unaforis)

L'Unaforis regroupe 129 établissements de formation en travail social, répartis sur 26 régions.

Son projet est :

- de favoriser le lien entre les besoins en évolution de compétences de toute personne contribuant à l'intervention sociale et d'apporter les réponses en termes d'offre de formation ;
- de porter politiquement les actions et propositions de ses adhérents auprès des partenaires et des pouvoirs publics, en complémentarité d'interventions entre les niveaux national et régional de l'Unaforis.

En ligne : <http://www.unaforis.eu/>

• Réseau français des Villes-Santé de l'OMS

« L'objectif du Réseau français des Villes-Santé de l'OMS est de susciter une prise de conscience, de stimuler le débat en s'appuyant sur des informations fiables et surtout d'inciter à agir en santé à travers toutes les politiques publiques et à tous les échelons du territoire. Pour ses membres, le réseau relaie l'information nationale et internationale touchant à la santé publique et favorise les échanges d'expériences. Il organise régulièrement des journées de réflexion, conduit des groupes de travail dans le cadre de conventions avec la direction générale de la Santé, l'École des hautes études en santé publique et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Il publie régulièrement le résultat de ses travaux (études, guides méthodologiques, actes des colloques, etc.) » (Extrait du site. Dernière consultation le 8/02/2016).

En ligne : <http://www.villes-sante.com/>

• L'association Élus, Santé publique & Territoires.

Association nationale des villes pour le développement de la santé publique.

L'association nationale Élus, Santé publique & territoires rassemble « des élus de communes et de leurs groupements, désireux de contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé par la promotion des politiques locales de prévention, promotion et éducation à la santé [...] L'association souhaite leur apporter un lieu d'échange et de réflexion et les aider à définir des lignes d'action cohérentes. [...]



Trois objectifs pour fédérer les élus locaux :

- promouvoir toute politique visant à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé [...]
- affirmer, faire reconnaître et légitimer le rôle des communes et de leurs groupements [...]
- développer et consolider toute forme de programme de santé publique [...]

(Extrait du site. Dernière consultation le 8/02/2016).

En ligne : <http://www.espt.asso.fr/>

• La plateforme de ressource des Ateliers santé ville (ASV)

Les missions de la plateforme nationale de ressources Ateliers santé ville sont de :

- contribuer à la réflexion sur la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé :
 - < en diffusant les acquis des ASV en termes de démarche et de connaissance de la situation sanitaire et sociale des territoires ;
 - < en menant un travail de capitalisation des dynamiques territoriales, des outils, méthodes et actions développés ;
 - < en favorisant les échanges de pratiques et d'analyses sur les approches territoriales et thématiques des ASV ;
- constituer un réseau national référent pour les acteurs locaux, régionaux et nationaux dans les champs de la politique de la ville, de la santé, du social et de l'urbanisme ;
- faciliter l'accès à l'information et aux ressources nécessaires au fonctionnement des ASV (textes de référence, actualités, données, expériences, formations, bonnes pratiques, etc.) ;
- être force de propositions et de ressources pour la recherche, l'innovation et l'expérimentation dans le cadre des dynamiques territoriales de santé.

(Extrait du site. Dernière consultation le 8/02/2016).

En ligne : <http://www.pplateforme-asv.org/>