

# **JOURNEES FISP**

**Fonds d'Intervention en Santé Publique**

## **Actes du colloque**

**2-3 NOVEMBRE 1999**



**INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE**

**PORTE DE BAGNOLET - PARIS**

# TABLE DES MATIERES

Introduction	page
Rappel : programme des Journées	page
<b>Mardi 2 novembre 1999</b>	
Thématique Tabac	page
Thématique Alcool	page
Thématique Santé-Précarité	page
Ateliers Tabac 1&2 <i>"Des actions auprès du grand public"</i>	page
Ateliers Alcool 1&2 <i>"Prévention"</i> <i>"Epidémiologie et Soins"</i>	page
Atelier Santé-Précarité 1 <i>"Précarité et difficulté d'accès aux soins"</i>	page
Atelier Santé-Précarité 2 <i>"Précarité, accompagnement et prévention : études, actions et formation"</i>	page
<b>Mercredi 3 novembre 1999</b>	
Réflexions et commentaires Par un référent régional	page
Atelier 1 Cohérence stratégique	page
Atelier 2 Pédagogies, Communication, représentations	page
Atelier 3 Le travail en réseau	page
Atelier 4 La formation	page
Atelier 5 Le travail avec les non-professionnels, les non-spécialistes, les habitants	page
Atelier 6 L'évaluation	page
Synthèse des Journées	page
Liste des participants	page
Revue de presse	page

# **INTRODUCTION**

# Fonds d'intervention en Santé Publique

Fin 1992, la santé publique a bénéficié d'une dotation budgétaire exceptionnelle de 100 millions de francs appelée *Fonds d'Intervention en Santé Publique*. Une première procédure d'attribution des crédits par appel à projets a permis de financer 86 projets.

La totalité de la dotation budgétaire de 1992 n'ayant pas pu être attribuée, une seconde procédure d'allocation d'un montant de 24 millions de francs a été mise en place et a permis de retenir 46 projets en 1996.

Les objectifs des Journées FISP II sont les suivants :

- Premiers résultats et valorisation des projets : présentation du contenu, visibilité des programmes.
- Réflexion sur les méthodes employées, les procédures de suivi et d'évaluation.
- Analyse des systèmes : articulation entre les différents programmes, cohérence des objectifs et des financements, complémentarité entre FISP et Programmes Régionaux de Santé.

# **PROGRAMME DES JOURNEES**

# PROGRAMME DES JOURNEES DU FONDS D'INTERVENTION EN SANTE PUBLIQUE II

2 ET 3 NOVEMBRE 1999

## JOUR 1

**8H30 ACCUEIL DES PARTICIPANTS**

**9H30 OUVERTURE DES JOURNEES FISP II**

Lucien ABENHAÏM - Directeur Général de la Santé

### INTRODUCTION GENERALE

Jacques DRUCKER - Directeur Général de l'Institut de Veille Sanitaire

### Historique du FISP, procédure de sélection et de suivi

Sophie SCHAPMAN - Société Française de Santé Publique

### Programmes régionaux et nationaux de santé

Etats généraux de la Santé

Direction Générale de la Santé

**10h30 Pause**

**10h45 SEANCE PLENIERE N°1 : problématiques Tabac Alcool Santé-Précarité**

#### Animateur

Etienne ANDRE - Comité National d'Experts du FISP II

- Relecture des thématiques Tabac/Alcool/Santé-Précarité à partir des notes de problématiques initiales (1996)
- Analyse des projets retenus
- Bilan des réalisations et propositions d'axes de travail pour les ateliers

Intervenant TABAC

Intervenant ALCOOL

Intervenant SANTE-PRECARITE

**Albert HIRSCH** - Comité National d'Experts du FISP II

**Benoît FLEURY** - Comité National d'Experts du FISP II

**Bernard GOUDET** - Comité National d'Experts du FISP II

**12h30 Repas**

**14h00 OUVERTURE DES ATELIERS**

Les sujets sont abordés selon la politique nationale du thème et de son évolution, et les réponses données par le FISP II au plan régional.

#### ATELIERS SANTE-PRECARITE

##### Atelier Santé-Précarité n°1 : " Précarité et difficultés d'accès aux soins"

Animateur : **Bernard GOUDET** - Comité National d'Experts du FISP II

Rapporteur : **Claude MICHAUD** - Comité Départemental d'Education pour la Santé du Doubs

Communicants : **Carine VASSY** - Centre de Recherche sur les Enjeux Contemporains en Santé Publique

**Jacques LEBAS** - Institut de l'Humanitaire

**Marie-Agnès BIGOT** - Centre Hospitalier Régional Universitaire, Rouen

Atelier Santé-Précarité n°2 : "Précarité, accompagnement et prévention : études, actions et formation"

Animateur : **Laure CARRERE** - Département Santé Publique de la Mutualité Française  
Rapporteur : **Catherine RICHARD** - Délégation Interministérielle à la Ville  
Communicants : **Catherine LEYNAUD-ROUAUD** - Collège Régional d'Education pour la Santé de l'Hérault  
**Madeleine MAGNAN** - Collège Régional d'Education pour la santé de Provence-Alpes-Côte-d'Azur  
**Corinne GUILLOU** - Comité Départemental de Prévention de l'Alcoolisme de Charente-Maritime

**ATELIERS TABAC**

"Les mesures réglementaires adoptées aux niveaux national (interdiction de la publicité et de fumer dans les lieux publics, hausse des taxes) et communautaire (avertissements sanitaires, directives réglementant la publicité, limitation de la concentration en goudron et nicotine) ont permis une chute significative de la consommation. Par contre, certains groupes (jeunes, femmes enceintes, population en situation de précarité) restent particulièrement exposés. Ya-t-il des spécificités régionales à la politique de contrôle du tabagisme ? FISP II permet-il de répondre à cette question et d'identifier des axes stratégiques ? Fort de l'expérience acquise par ailleurs (alcool, précarité), comment articuler politique nationale et approche régionalisée pour la politique du contrôle du tabagisme ?"

Atelier Tabac n°1

Animateur : **Béatrice LEMAITRE** - Association Interdisciplinaire de Recherche sur le Tabagisme en Basse-Normandie  
Rapporteur : **Michel DELCROIX** - Association Périnatalité Prévention Recherche Information, Lille  
Communicants : **Lydie LABOURE** - Collège Régional d'Education pour la Santé de Champagne-Ardenne  
**Anne STOEBSNER-DELBARRE** - Centre Régional de Lutte Contre le Cancer – EPIDAURE, Montpellier  
**Mireille DESCHODT** – Conseil Général du Pas-de-Calais

Atelier Tabac n°2

Animateur : **Hélène SANCHO-GARNIER** - Centre Régional de Lutte Contre le Cancer – EPIDAURE, Montpellier  
Rapporteur : **François IHUEL** - Collège Régional d'Education pour la Santé de Champagne-Ardenne  
Communicants: **Conchita GOMEZ** - Association Périnatalité Prévention Recherche Information, Lille  
**Evelyne KLINGER** - Association Interdisciplinaire de Recherche sur le Tabagisme en Basse-Normandie  
**Catherine BENETEAU** - Collège Régional d'Education pour la Santé de Poitou-Charentes/ Comité Départemental d'Education pour la Santé de la Vienne

**ATELIERS ALCOOL**

Atelier Alcool n°1

Animateur : **Jean-François DODET** - Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales de Bourgogne  
Rapporteur : **Catherine BERNARD** - Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales d'Aquitaine  
Communicants : **Danièle LIVET** - Rectorat, Strasbourg  
**Lucette BARTHELEMY** – Collège Régional d'Education pour la santé de Lorraine  
**Liliane DUPONT** – Comité Départemental de Prévention de l'Alcoolisme du Nord

### Atelier Alcool n°2

Animateur : **Benoît FLEURY** - Comité National d'Experts du FISP II

Rapporteur : **Alain RIGAUD** - Inter-secteur d'alcoologie et Comité Départemental de Prévention de l'Alcoolisme de la Marne

Communicants : **Bernadette LEMERY** - Observatoire Régional de la Santé de Bourgogne  
**Sarita DABBO** – Comité Départemental de Prévention de l'Alcoolisme de la Drôme  
**Pascal GACHE** – Comité Départemental de Prévention de l'Alcoolisme du Doubs

**15h30 Pause**

**15h45 Reprise des ateliers**

### **17h00 REUNION DES RAPPORTEURS – préparation de la séance plénière n°2 du lendemain**

Auditeur : **Michel DEMARQUETTE** - Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales du Nord-Pas-De-Calais

## jour 2

### **8H 30 SEANCE PLENIERE N°2 : Approche transversale des programmes**

**Animateur** : **Benoît FLEURY - Comité National d'Experts du FISP II**

- Rapports des ateliers de la veille
- Réflexions et commentaires par un référent régional  
**Michel DEMARQUETTE** - Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales du Nord-Pas-De-Calais
- Introduction des ateliers n°2 **Benoît FLEURY - Comité National d'Experts du FISP II**

### **9h30 OUVERTURE DES ATELIERS**

#### **1. Cohérence stratégique :**

*"Comment assurer la cohérence des programmes nationaux, des programmes régionaux et des programmes locaux tout en prenant en compte les besoins spécifiques des niveaux de proximité ?*

*Comment améliorer la cohérence des politiques des principales institutions entre elles que ce soit à l'échelon national, régional ou local en respectant leurs identités ?*

*Comment rendre les modalités de financement des programmes plus simples et plus cohérentes ?"*

Animateur : **Catherine GERHART** - Comité National d'Experts du FISP II

Rapporteur : **René DEMEULEEMESTER** - Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales du Nord-Pas-de-Calais

Communicants : **Lucette BARTHELEMY** - Collège Régional d'Education pour la Santé de Lorraine  
**Fabienne BONNIN** - Collège Régional d'Education pour la Santé de Champagne-Ardenne

## 2. Pédagogies, Communication, Représentations

*"Parmi l'éventail des projets réalisés dans le cadre du FISP II, il nous importe d'examiner les approches et les méthodes utilisées, ceci pour comprendre :*

- les stratégies pédagogiques : directives/participatives, prescriptives/éducatives ?
- les stratégies de communication : un contenu d'abord, des supports ensuite ou l'inverse ?
- sur le fond, autour de quelles représentations de la santé et du travail social ?"

Animateur : **Omar BRIXI** - Comité Français d'Education pour la Santé

Rapporteur : **Marguerite ARENE** - Comité National d'Experts du FISP II

Communicants : **Pascal GUIHAL** - Délégation Régionale de Prévention de l'Alcoolisme de Bretagne  
**Marc BEAUREPERE** - Collège Régional d'Education pour la Santé du Nord-Pas-De-Calais

## 3. Le travail en réseau

*"Comment mobiliser les ressources sanitaires, sociales et autres sur un territoire donné autour des besoins des personnes dans un esprit de multidisciplinarité et d'échanges de pratiques"*

Animateur : **Sylvaine BOIGE-FAURE** - Comité National d'Experts du FISP II

Rapporteur : **Pierre LARCHER** - Direction Générale de la Santé

Communicants : **Françoise DEMATEÏS** - Mairie d'Alès  
**Marie-Agnès BIGOT** - Centre Hospitalier Universitaire, Rouen

## 4. La formation

*"La formation ne donne pas de réponse. Elle doit aboutir à ce que les acteurs et les institutions concernées s'interrogent sur leurs pratiques, leurs systèmes de références dans un domaine où la violence émotionnelle est particulièrement présente. Elle doit donner des garanties éthiques et scientifiques"*

Animateur : **Jean-Bernard PATURET** - Université, Montpellier

Rapporteur : **Claude TERRAL** - Collège Régional d'Education pour la Santé du Languedoc-Roussillon

Communicants : **Jean-Paul LINAS** - Association Nationale de Prévention de l'Alcoolisme, Clermont-Ferrand  
**Dominique DESFONTAINES** - Centre Hospitalier Régional Universitaire, Lille

## 5. Le travail avec les non-professionnels, les non-spécialistes, les habitants

*"Comment impliquer tous les acteurs de la communauté – professionnels des différents secteurs et institutions, associations, habitants non organisés de différents âges – dans une démarche d'étude et/ou d'action visant, sur un site en grande précarité, l'amélioration de la santé et le développement local ?"*

Animateur : **Bernard GOUDET** - Comité National d'Experts du FISP II

Rapporteurs : **Sophie SCHAPMAN** - Société Française de Santé Publique

Communicants : **Paul FUCHS** - Association IRADIE, Aubres  
**Loïc CLOART** - Collège Régional d'Education pour la Santé du Nord-Pas-De-Calais  
**Jacqueline CONARD** – Comité Départemental d'Education pour la Santé du Gard

## **6. L'évaluation**

*"L'évaluation est souhaitée voire exigée pour toute intervention de Santé Publique. Est-elle toujours faisable ? Si oui, comment ?*

*L'objectif de l'atelier est de discuter, à partir d'exemples concrets, des objectifs et des moyens de l'évaluation".*

Animateur : **Gérard BREART** - Comité National d'Experts du FISP II

Rapporteurs : **Michel DEPINOY** – Comité Français d'Education pour la santé

Communicants : **Bertrand NALPAS** – Centre Hospitalier Universitaire de Nîmes  
**Pascal GACHE** – Comité Départemental de Prévention de l'Alcoolisme du Doubs

**10h30 Pause**

**10h45 Reprise des ateliers**

**12h30 Repas**

**14H00 SEANCE PLENIERE N°3: RAPPORT DES ATELIERS**

**Les rapporteurs des ateliers**

**15H30 SYNTHESE ET RECOMMANDATIONS**

Etienne ANDRE - Comité National d'Experts du FISP II

**16H00 CONCLUSION**

**Madame Dominique GILLOT** - Secrétaire d'Etat à la Santé et à l'Action Sociale

**TABAC**

# **LUTTE CONTRE LE TABAGISME**

## **A. HIRSCH**

"Les mesures réglementaires adoptées aux niveaux national (interdiction de la publicité et de fumer dans les lieux publics, hausse des taxes) et communautaire (avertissements sanitaires, directives réglementant la publicité, limitation de la concentration en goudron et nicotine) ont permis une chute significative de la consommation. Par contre, certains groupes (jeunes, femmes enceintes, population en situation de précarité) restent particulièrement exposés. Ya-t-il des spécificités régionales à la politique de contrôle du tabagisme ? FISP II permet-il de répondre à cette question et d'identifier des axes stratégiques ? Fort de l'expérience acquise par ailleurs (alcool, précarité), comment articuler politique nationale et approche régionalisée pour la politique de contrôle du tabagisme ?"

# THEMATIQUE : TABAC

## A. HIRSCH

- **Albert HIRSCH** : Je voudrais vous resituer le problème de ce dossier Tabac, dans son contexte, et en essayant de distinguer un certain nombre d'enjeux. Tout d'abord dans le contexte international, il y a trois acteurs. L'acteur n°1 c'est évidemment l'industrie du tabac, c'est une industrie puissante dont l'objectif est de conquérir des parts de marché ; actuellement il y a 1 milliard 100 millions de fumeurs dans le monde et l'objectif de l'industrie du tabac, clairement affiché, est que, à l'horizon 2025-2030, il y en ait 1 milliard 600 millions. Ce gain de clientèle se fera au détriment des pays en voie de développement : l'Asie du sud-est, la Chine, l'Afrique, l'Europe centrale, l'Europe de l'est, tels sont les marchés que cette industrie conquière. L'autre acteur, qui est récemment intervenu massivement dans le domaine, est l'Organisation Mondiale de la Santé.
- Le Docteur BRUNDTLAND, son Directeur général, a fait de la lutte contre le paludisme et la lutte contre les effets sur la santé du tabagisme ses deux priorités. Le bureau européen de l'OMS, est depuis février dernier dirigé par le Docteur Marc DANZON que beaucoup d'entre vous connaissent. Il a prit en charge la convention internationale sur le tabagisme que les États auront à signer, relative d'une part à l'interdiction de la publicité et, d'autre part, à l'aide à l'arrêt du tabagisme. Le 3<sup>ème</sup> acteur est l'Union Européenne. L'Union Européenne a joué un rôle très déterminant dans ces dix dernières années avec le programme Europe contre le cancer et l'approbation d'un certain nombre de directives dans le domaine, dont récemment celles permettant d'interdire, au niveau de l'espace européen, toute forme de publicité ; ce qui est devant nous, c'est la préparation d'une nouvelle directive qui porte sur la composition du tabac. En effet, il faut rappeler que les teneurs en goudron et en nicotine, qui sont inscrites actuellement sur les paquets que les fumeurs consomment, n'ont aucune signification sur le plan des effets sur la santé car ces teneurs sont édictées en fonction de normes qui ont été imposées dans les années 60 aux États-Unis par l'industrie du tabac et qui proviennent de machines à fumée. Les fumeurs, évidemment, ne fument pas comme des machines. Tout ceci a été fait pour promouvoir les cigarettes légères. Il y a là tromperie car les cigarettes légères sont aussi nocives sur la santé que les cigarettes qui sont plus riches en goudron, en nicotine. Par ailleurs, l'oxyde de carbone, est le principal responsable de la toxicité vasculaire. Voilà pour le contexte international.

Au niveau du contexte national, les effets sur la santé du tabagisme sont connus. Le chiffre officiel tiré des statistiques de décès de l'INSERM date de 1991, il n'y a pas lieu d'ailleurs de le modifier tous les ans, il y a donc un peu plus de 13% des décès observés en France qui sont liés directement à la consommation de tabac : 60 000 morts par an, 57 000 chez l'homme, et 3 000 chez la femme. Et les projections pour 2030 envisagent un doublement des morts chez l'homme (110 000) et une multiplication par dix des morts chez la femme (55 000), donc il y aurait 165 000 décès à l'horizon 2030. Il faut savoir aussi que la moitié de ces morts sont des morts qui font perdre en moyenne 20 ans de vie.

Deuxième notion : quelle est la situation nationale dans la prévalence du tabagisme ? Nous ne disposons actuellement pas d'études permettant de valider les déclarations, car évidemment, étant donné que l'image sociale du tabagisme se modifie, il est possible qu'il y ait des fausses déclarations. Néanmoins, les chiffres tirés de deux sources essentielles, le baromètre santé du Comité français d'Éducation pour la Santé et les enquêtes décennales de l'INSEE, donnent une prévalence en gros de 30%, c'est-à-dire qu'il y a 30% de fumeurs réguliers en France, ce qui fait environ 15 millions, mais ce qu'il faut savoir, c'est qu'il y a évidemment d'énormes écarts et, par exemple, il faut avoir en tête que les 18-24 ans sont en France fumeurs pour les deux sexes dans un

cas sur deux ; nous avons 50% des vieux adolescents ou des jeunes adultes qui sont des fumeurs réguliers, et compte tenu de la notion que c'est la durée du tabagisme, notamment en matière de cancer, qui pèse beaucoup plus, (quatre fois plus) que la quantité totale, nous nous préparons évidemment des conséquences et des effets sur la santé dans les années à venir qui sont dramatiques.

Quels sont maintenant en face de cette épidémie les différents acteurs ? Je distinguerais deux pôles : le pôle public et le pôle privé. Le pôle public était représenté à la tribune lors de la précédente session puisqu'il y a le Secrétariat d'État et notamment la Direction Générale de la Santé, il y a le Comité Français d'Éducation pour la Santé, la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie qui recouvre maintenant les drogues licites que sont le tabac et l'alcool, le terme « drogue » est assez impropre mais je n'ai pas le temps de m'étendre là-dessus, et la Caisse d'Assurances Maladie, il y a les Collectivités territoriales, les DRASS et les DASS les observatoires régionaux de la santé. Il y a une structure administrative qui est complexe. De l'autre côté, ce sont les associations. Les associations sont fédérées dans une structure qui s'appelle l'Alliance pour la Santé / Coalition contre le tabagisme.

Quels sont les objectifs ? Vous avez sur votre plaquette les objectifs qui ont été décrétés par le Haut Comité en 1994 pour l'an 2000. Comment le dispositif a-t-il fonctionné en France dans les dix dernières années ? On peut dire que jusqu'en 1998 il y a eu essentiellement une réduction de l'offre du produit, c'est-à-dire que les prix par l'intermédiaire, tantôt des taxes, tantôt des prix, ont augmenté, qu'il n'y a plus de publicité directe et indirecte mais il y a une très large promotion beaucoup plus difficile à contrôler en faveur du tabac, qu'il est peu à peu interdit de fumer dans les lieux publics et qu'il y a des campagnes. Bref, on a rendu le produit plus lointain, moins accessible, moins disponible. Par contre l'action sur la demande, c'est-à-dire l'aide à apporter à tout fumeur, et vous avez vu qu'ils sont 15 millions dont 50% veulent arrêter et les jeunes plus que les personnes d'âge moyen, a été très faible jusqu'à la conférence de santé qui a eu lieu il y a environ un an et qui a abouti au délistage des produits de substitution nicotinique qui est acquis pour le début de l'année et qui va permettre d'augmenter la disponibilité de ces produits.

Quels sont les résultats ? . Les effets de réduction de l'offre des produits ont entraîné une diminution de la consommation, de la vente plus exactement, de tabac, de 11% pour la totalité des produits du tabac et de 14% par la cigarette, la différence étant liée à l'augmentation de la consommation de tabac roulé qui a doublé dans les dernières années et qui est lié au fait que le prix de vente du tabac roulé n'a pas augmenté proportionnellement à celui des cigarettes. Mais, car il y a des « mais », et ces « mais » sont notre préoccupation, j'ai insisté sur le fait que les jeunes fumaient massivement. Il faut aussi insister sur le fait que les femmes, et notamment les femmes enceintes, fument massivement puisqu'un quart des femmes enceintes en France déclarent fumer, avec les conséquences que cela a et, d'autre part, les populations en situation de précarité sont également très consommatrices.

Là, je vous ai mis les axes que nous avons proposés et nous avons distingué les études et les actions d'une manière un peu schématique, c'est tout à fait ce qu'un petit groupe peut faire dans ses réflexions personnelles, et vous allez voir que dans les projets qui ont été l'objet de rapports et qui vont être l'objet d'un rendu aujourd'hui et qui va être discuté, il n'y a finalement, dans les actions, que les actions 3) promouvoir, évaluer les actions spécifiques auprès des professionnels de santé de l'éducation et des travailleurs sociaux, 4) les médecins généralistes et 5) notamment au niveau des femmes et des femmes enceintes qui ont été l'objet de demandes qui ont été acceptées. Sur le transparent suivant, vous avez les 8 projets. Entre parenthèses vous avez les ateliers dans lesquels ces projets vont être discutés et avec l'astérisque ce sont les six sur huit projets qui ont fourni un rapport intermédiaire, ce qui n'est quand même pas si mal.

Je ne vais détailler ces projets, simplement pour vous dire que dans le projet de Basse-Normandie qui intéresse les pharmaciens, 452 pharmaciens ont été contactés et les chirurgiens-dentistes près de 400. Ce projet va être discuté dans l'atelier 2 par Evelyne KLINGER et Béatrice LEMAITRE qui anime l'atelier 1 et qui est la responsable de ce projet.

Dans les projets sur les médecins généralistes, l'action 4), il y en a deux essentiellement, celui de Languedoc-Roussillon animé par Hélène SANCHO-GARNIER et Anne STOEJNER, qui est un projet qui, on vous l'expliquera, a comporté 23 partenaires, qui est une étude de type cas/contrôle et qui implique un très grand nombre d'actions et qui montre bien l'implication de ce projet sur le terrain. Le projet de Poitou-Charentes est également une action sur les généralistes, c'est une action de conseil minimal qui reprend une modalité d'intervention qui vient de loin puisque le premier protocole, de ce type là, a été décrit en Angleterre en 1979 par Russell et nous avions en 1994 fait une étude dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur de ce type là et qui sera présenté par Catherine BENETEAU.

Le projet Bourgogne de l'action sur les populations sensibles n'est pas présent et nous n'avons pas reçu de projet intermédiaire, j'en discutais à l'instant avec Jean-François DODET, c'est Louis JANIN qui en est responsable.

Le projet Champagne-Ardenne qui va être présenté par Lydie LABOURE, est un projet qui est intitulé « L'école du souffle » avec des objectifs très ambitieux : diminuer de 50% le tabagisme chez les jeunes, les enseignants, les professions de santé. Il se compose également par un très grand nombre d'interventions et je pense que ce projet sera l'objet de discussions intéressantes.

Le second projet de Languedoc-Roussillon présenté par Annie DUCROS « L'énergie ce n'est pas fait pour partir en fumée » est un projet très intéressant car il implique les jeunes, c'est-à-dire que ce sont des élèves de 3<sup>ème</sup> qui sont les messagers vis-à-vis des élèves plus jeunes, de 4<sup>ème</sup>, 5<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup>.

Enfin les deux derniers projets qui concernent la région très active du Nord-Pas-de-Calais, concerne un projet qui va être présenté par Nadine DESCHOTTE sur les jeunes. C'est un spectacle de marionnettes qui est une modalité d'interventions qui est extrêmement intéressante de suivre. Et enfin le projet dont la responsabilité est de Michel DELCROIX qui sera présenté par Conchita GOMEZ sur les femmes enceintes, est un projet très important qui concerne 17 maternités dans la région Nord-Pas-de-Calais et, là encore, il y a une étude de type cas/contrôle avec des maternités où il y a une intervention et des maternités contrôle et qui concerne 30 000 femmes enceintes dont 10 000 fumeuses.

Quand on regarde ces projets, qu'est-ce qu'on constate ? Il y a des très gros projets : Languedoc-Roussillon chez les médecins généralistes, Champagne-Ardenne, Nord-Pas-de-Calais chez les femmes enceintes et il y a des projets de dimension plus faible, comme le projet « L'énergie c'est pas fait pour partir en fumée », les marionnettes, par exemple.

Deuxième constatation : quels sont les partenaires ? Il y en a essentiellement de deux types : il y a les caisses primaires d'assurance maladie et il y a le réseau du Comité français d'éducation pour la santé plus de très nombreuses associations locales.

Troisième constatation : tous les projets ont une préoccupation concernant évidemment les moyens humains, et, l'embauche du personnel est évidemment un élément très important, ce qui rejoint la question de la pérennité, abordée par Lucien ABENHAÏM, qui est évidemment la pérennité.

Autre constatation : l'efflorescence d'énormément de documents, de qualité inégale et on peut se demander pourquoi on fait autant de documents, de plaquettes, de brochures, etc., mais évidemment c'est l'implication des acteurs locaux qui leur permet de s'approprier ce thème.

La méthodologie : il y a deux projets de type cas/contrôle sur huit projets et finalement impliquer des actions locales dans une méthode rigoureuse est tout à fait possible. Enfin, pratiquement dans tous les rapports intermédiaires il y a un souci d'évaluation, même si l'évaluation est imparfaite mais cet état d'esprit se met en route.

On m'a demandé de poser des questions aux ateliers. Elles ont été largement déjà abordées par Lucien ABENHAÏM et par Jacques DRUCKER. Premier point, faut-il un dispositif spécifique aux produits ou un dispositif commun à différents produits et, notamment, au niveau de l'alcool. Il semble déjà que le choix ait été fait au niveau national, puisque la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie englobe tout ce champ. Mais au niveau local, cela pose des

questions, il faut remarquer quand même que très souvent ce sont des mêmes acteurs même s'il y a des spécificités particulières.

Deuxième question : faut-il des programmes donc des moyens et des objectifs régionaux ? Et alors là se pose la question de l'arbitrage, d'une part entre les objectifs nationaux et les moyens qui y sont affectés et, d'autre part, au niveau régional et c'est une question qui va faire l'objet certainement de débats.

Troisième question pour finir rapidement, mais bien entendu c'est ça qui est devant nous, quel est l'avenir ? parce qu'il est certain qu'avoir un objectif pluri-annuel au niveau notamment, régional nous paraît tout à fait indispensable. Merci.

- **Etienne ANDRE** : Merci beaucoup Albert de nous avoir recentré, bien recentré, à travers un thème, mais recentré bien sur nos objectifs. On se prend cinq minutes de questions, même si on prend après un temps de discussions un petit peu plus long, mais est-ce que l'un ou l'autre d'entre vous souhaite avoir une précision de la part d'Albert HIRSCH sur son intervention ? On peut se prendre cinq minutes pour qu'une question, j'allais dire très tabac, puisse être posée maintenant.

La question vient de la part de Michel DELCROIX qui travaille actuellement beaucoup sur « tabagisme et femmes enceintes » dans le Nord.

- **Michel DELCROIX** : C'est une question plus générale concernant justement le nombre de morts. Puisque les chiffres remontent à 90-91, qu'on nous dit qu'en 2025 il y en aura 165 000, aux alentours de l'an 2000 on doit être, sans doute, plus près de 70 000 ou 80 000 que 60 000, non ?
- **Albert HIRSCH** : Pour ça il faut que les certificats de décès de l'INSERM soient dépouillés, c'est en cours. Mais ce dont il faut bien se rendre compte c'est que les morts, que l'on observe actuellement, sont liés à la consommation de tabac telle qu'elle s'est initiée dans les 50 dernières années. Il faut 50 ans pour faire le plein. Notamment la consommation de tabac chez la femme a progressé significativement dans les années 70 et dans les 5 dernières années on constate qu'il y a une augmentation de la mortalité par cancer du poumon chez la femme de 20%, donc c'est possible, effectivement, que nous soyons aux alentours de 70 000-80 000 mais nous n'avons pas ces chiffres. Je pense qu'il faut faire très attention parce que, dans les prises de position des uns et des autres, il y a des chiffres variables qui circulent : 60 000, 65 000, etc., non. L'Observatoire français de la Drogue et de la Toxicomanie a repris les chiffres officiels des certificats de décès, actuellement le chiffre qui doit être donné c'est le chiffre de 91 et en attendant l'actualisation des certificats de décès, il faut rester sur ce chiffre là parce que, en face de nous, l'industrie du tabac exploite nos voies discordantes. Il faut être très cohérent et très rigoureux.
- **Etienne ANDRE** : Merci. Une question M. DEREK ?
- **M. DEREK** : Vous nous avez décrit l'ensemble des acteurs travaillant sur la lutte contre le tabagisme, vous avez pas mal insisté sur les acteurs publics, les acteurs institutionnels mais pas énormément sur les acteurs associatifs. Est-ce que cela signifie que vous considérez que le tissu associatif en matière de lutte contre le tabagisme sera un peu fragile ou insuffisamment armé et que vous comptiez davantage sur les acteurs publics au sens large pour effectuer ce travail de prévention ?
- **Albert HIRSH** : Merci M. DEREK de me donner l'occasion d'insister sur l'importance des acteurs non publics, privés. Si je ne les ai pas cités c'est parce que je ne voulais pas en omettre. Il y en a qui sont représentés dans la salle, qui sont la Ligue contre le cancer, alors là je vais en oublier, mais vous m'avez demandé de les citer, le Comité Français d'Éducation pour la Santé, le Comité national contre le tabagisme, l'Office français du tabagisme, les Ligues des droits des non fumeurs, la Fédération française de cardiologie, etc. Si vous me demandez maintenant si je pense que ça viendra plutôt du public que du privé, l'expérience passée prouve que ce sont les associations privées qui sont les locomotives comme dans tous les pays au monde. J'allais omettre un nouveau venu dans la scène et qui a fait vraiment

parler de lui, qui sont les consommateurs. Vous avez vu que « 60 millions de consommateurs » au mois de septembre a fourni un dossier sur les cigarettes légères. Les consommateurs représentent un moyen de pression fantastique. Je pense beaucoup que la pression dans ce domaine comme dans d'autres en santé publique sur ce thème comme dans d'autres, sera très forte vis-à-vis des pouvoirs publics.

- **Etienne ANDRE:** Merci. Une dernière question, après on passera à l'alcool. Madame, je vous en prie.
- **Catherine BENETTEAU,** CRES Poitou-Charentes : Je voulais vous interpellier parce que vous parlez des consommations nationales de tabac et là, nous sommes dans des programmes régionaux de tabac et il y a une impossibilité à obtenir des données chiffrées sur la consommation régionale de tabac, ce qui pose des problèmes, pour nous, en terme d'évaluation.
- **Albert HIRSCH :** Vous avez raison Catherine. Il y a quelques années, l'unité qui était dirigée par Hélène SANCHO-GARNIER a obtenu parfois les consommations régionales au niveau de la SEITA. Depuis il a été impossible de l'obtenir et c'est anormal parce qu'en fait ce sont des comptes SEITA INSEE. Simplement pour avoir ces chiffres de l'INSEE il faut un programme particulier, mais vous avez tout à fait raison, ceci manque et, notamment, les observatoires régionaux de santé dont c'est la mission, sont face à une difficulté et il faudra bien obtenir ces consommations régionales. Ceci pourrait avoir des implications sur la contrebande. Le chiffre de la contrebande en France est très faible (de l'ordre de 2%) grâce aux débits de tabac parce qu'on ne peut pas acheter n'importe où du tabac, mais dans les régions et dans les départements limitrophes, il pourrait en être différemment.

**ALCOOL**

# THEMATIQUE ALCOOL

## B. FLEURY

Avant de commencer, je voudrais vous renvoyer d'abord à l'annuaire du FISP 2 qui contient la liste des projets. Je vous renvoie également à la note initiale de problématique Alcool (page 7) datant de 1996. Les projets Alcool sont au nombre de 22 et représentent la moitié de l'ensemble, et, si je choisissais de les rapporter tous, je ne pourrais y consacrer qu'une minute et j'aurais dépassé mon temps.

En parallèle de ce qu'a dit M. HIRSCH à propos du tabac, concernant l'alcool, le contexte est différent : on n'est pas dans la même problématique en ce qui concerne les relations avec la santé puisque vous savez qu'il a été trouvé une corrélation positive entre consommation modérée d'alcool (un ou deux verres par jour, quelque soit la boisson alcoolisée) et une moindre mortalité par insuffisance coronarienne (angine de poitrine et infarctus) ; à ce sujet, on parle en France du « french paradox » dont on s'interroge toujours sur la nature réelle (est-il vraiment uniquement français ?) et sur ses explications (la maladie coronarienne étant multi-factorielle, la prudence devrait s'imposer) : il est vrai qu'en Aquitaine d'où je viens, les viticulteurs sont assez contrariés : après la Loi Evin qu'ils ont presque entièrement démantelée, voici le rapport Roques qui prétendrait, selon ces viticulteurs, que le « vin (de Bordeaux entre autre) serait une drogue dure ». C'est vrai que la production d'alcool - et plus particulièrement le vin - a aussi en France des vertus électorales, ce qui n'est pas sans influence sur la politique de santé mise en œuvre... Mais ce rapport Roques a été publié et c'est un élément très important sur le plan historique pour les professionnels de prévention et de santé que nous sommes.

La note de problématique initiale avait des objectifs généraux très ambitieux :

- diminuer de 20% la consommation moyenne d'alcool pur par adulte de plus de 15 ans ;
- réduire les conduites d'alcoolisation dommageables et leurs conséquences sanitaires et sociales ;
- réduire les disparités régionales en amenant l'ensemble des régions au niveau des régions les moins consommatrices

Les objectifs spécifiques concernent deux niveaux : en premier lieu, acquérir une meilleure connaissance des facteurs individuels et collectifs contribuant à faire passer l'alcoolisation du plaisir au risque - l'ensemble des jeunes et adultes sont concernés - afin de promouvoir des actions de prévention adaptées aux populations à risques et aux situations à risques : c'est la notion d'une bonne gestion du risque alcool par des personnes qui n'ont pas particulièrement de difficultés avec l'alcool.

En second lieu, les objectifs spécifiques concernent plus particulièrement les personnes en difficulté avec l'alcool : acquérir une meilleure connaissance des conséquences des risques - c'est la question de la morbidité et de la mortalité - acquérir une meilleure connaissance des parcours des personnes et des dispositifs de prévention et de soins afin de promouvoir des actions de formation, de prévention et des actions visant à améliorer les dispositifs de soins et on verra qu'un certain nombre de ces projets ont repris ces objectifs.

La note comportait des orientations de travail, notamment concernant des études et insistait d'abord sur la nécessité de coordonner les études, de réserver une place aux études ayant une approche régionale ; des exemples et des suggestions étaient proposés : outils de recueil de la morbidité, réactualiser les données concernant les accidents de la circulation et les risques hors accident, mieux connaître les déterminants du comportement alcoolique, décrire les parcours et la prise en charge, par exemple dans un service d'urgence ou prise en charge des malades par les organismes de sécurité sociale.

Concernant les actions, la note comportait les recommandations suivantes : promouvoir et évaluer des actions d'éducation pour la santé, de formation et de mise en réseau des professionnels avec une implication demandée des médecins généralistes, à la fois dans la prévention et

l'accompagnement des personnes en difficulté avec l'alcool et plus particulièrement auprès de populations sensibles (les jeunes, les femmes enceintes, les malades et le milieu du travail).

Sur un total de 155 dossiers adressés, Sophie CHAPMAN l'a dit, 44 dossiers ont été retenus dont 22 concernaient l'alcool. Des régions ont délibérément choisi de ne présenter de projets que sur un même thème : la Bourgogne et l'Alsace, dans le cadre de son PRS « l'Alsace contre le cancer » n'ont présenté que des projets alcool-tabac. Le Nord-Pas-de-Calais avait fait le choix unique de l'alcool-tabac-santé-précarité.

Voici quelques caractéristiques concernant ces projets : ce sont essentiellement des actions, avec un budget moyen d'environ 650 000 francs et une durée moyenne assez longue, de six mois à sept années, ce qui pose le problème de la faisabilité de ces projets en terme d'équipe et en terme de pérennité des moyens. La contribution du FISP 2 est en moyenne de 200 000 francs par projet et représente entre 7 et 100% du budget total. Il y a quinze projets sur le seul thème « alcool » : des projets concernant la prévention : vigie cancer, promotion de la santé, deux projets sur la prévention du syndrome de l'alcoolisme fœtal, la scène des risques qui est une pièce de théâtre proposée à des adultes-relais et des actions de prévention en milieu scolaire. Il y a une étude intermédiaire, plutôt épidémiologique : l'approche des phénomènes d'alcoolisation en Basse Normandie. Dans le cadre des soins, nous trouvons un projet concernant les urgences en Bretagne, un projet concernant le sevrage dans le Nord, un réseau à Alès, une évaluation du dispositif à un niveau de soins différents. Deux autres projets tout à fait originaux et intéressants : le projet EVACAPA qui est l'évaluation d'une action auprès de conducteurs ayant conduit en état d'ivresse et le suivi d'une cohorte de nouveau-nés à l'Ile de la Réunion dont je dirais un mot tout à l'heure.

Concernant « alcool-santé-précarité » il y a essentiellement deux projets de formation et un projet d'une intervention dans un lieu de vie par des équipes de professionnels. Pour le thème « alcool-tabac », il y a un projet concernant la prévention et pour l'association « alcool-tabac-santé-précarité » une intervention très intéressante d'un Comité Départemental de Prévention de l'Alcoolisme (CDPA) dans un abri de nuit de l'association Espoir avec plusieurs partenaires et une mallette pédagogique « Les amis de mon jardin » dans le Nord.

Quels sont les promoteurs ? En résumé : des associations locales, des institutions comme des CHU, les directions régionales, les structures régionales et départementales de deux réseaux (Comité Français d'Éducation pour la Santé - CFES -, Association Nationale de Prévention à l'Alcoolisme - ANPA), un projet porté par un rectorat et un par une université. 80% des projets sont co-financés. Est jointe la liste succincte des co-financeurs où l'on trouve à la fois des associations nationales et des associations locales, des hôpitaux, des CHU, la CNAM, des CRAM, des CPAM, des tutelles, des collectivités territoriales, conseil régional, conseil général, des villes, des mutuelles, des fondations, laboratoires pharmaceutiques, la MILDT, l'INSEE et d'autres organismes.

Comme je n'ai pas le temps de présenter tous les projets, je voudrais en présenter au moins un, à savoir le suivi - pendant sept ans - d'une cohorte de nouveau-nés à risque d'alcoolisme fœtal. Rapidement, je pourrais, si le sujet n'était pas grave, vous proposer une photo de classe d'une première rentrée scolaire de 318 enfants qui ont maintenant 3 ans et qui représentent un nouveau-né sur 9 de la maternité de Saint-Pierre dans l'Ile de la Réunion. Ce projet a été commencé en 1996 où sont nés 2 778 nouveau-nés dans cette maternité et actuellement 318 de ces nouveau-nés sont suivis depuis maintenant trois ans. Ont été inclus des enfants présentant un retard de croissance, des signes cliniques apparents de syndrome d'alcoolisme fœtal, notamment des dysmorphies faciales et, dont on savait qu'il y avait eu alcoolisation chez la mère. Ces enfants ont été classés en 4 groupes (syndrome d'alcoolisme fœtal grave, léger, possible ou absent) et sont suivis à 12 et 30 mois, à 4 ans ½ et à 6-7 ans avec, à chaque fois, un bilan somatique, cognitif, neuro-comportemental, ce qui est un dispositif lourd, associé à un double accompagnement de la mère et de l'enfant au niveau du centre d'action médico-sociale. Ce projet comportait également des visites à domicile qui ont eu un effet tout à fait positif sur le pourcentage d'enfants revus mais qui ont dû être arrêtées momentanément en raison du désengagement d'un des co-financeurs.

Enfin, voici des propositions d'axes de travail : l'étude de l'impact de ces projets sur les promoteurs, c'est-à-dire sur leurs propres projets d'équipes, projets de services, projets d'établissements, quel impact a eu l'élaboration de ces projets sur leurs relations avec les tutelles à différents niveaux, avec leurs partenaires sur le terrain, voire leurs rivaux ? Quel impact sur leur approche ou leur contribution à ces projets que sont les PRS, les PRAPS et autres SROSS ? Peut-on proposer des recommandations ? Je propose trois autres questions : l'une sur la prévention, M. ABENAIM l'a abordée également : quel avenir pour la politique de prévention du risque alcool (je sais que beaucoup d'opérateurs de prévention passent souvent presque autant de temps à rechercher des financements qu'à faire de la prévention) ? Quelle articulation entre prévention et soins en alcoologie ? Dernier point qui a également été abordé par Albert HIRSCH : l'évaluation qui est très présente mais très complexe, tant en matière de prévention que d'alcoologie.

# FISP II : PROJETS ALCOOL

## B. FLEURY

### 22 PROJETS ALCOOL RETENUS

- 15 ALCOOL, 3 ASP, 2 AT et 2 ATSP
  - 6 Etudes
  - **13 Actions**
  - 2 Etudes-Actions
  - Budget total : de 65 000 à 2 760 000 Frs  
(médiane : 648 000Frs)
  - Durée : de 6 à 72 mois (médiane : 36 mois)
  - Financement FISP 2 : 22 500 - 1 090 000 Frs  
(médiane : 200 000 Frs)
  - Soit : 7 % à 100 % (médiane = 49,6 %)
- 

### PROMOTEURS

ASSOCIATIONS LOCALES : 6

**ADPS, ApPri, ASAÏS, Camps, CIRM, Cosra**

CHU : 3 (CLERMONT-FERRANT, LILLE, NÎMES)

DRPA (ANPA) : 3

CDPA (ANPA) : 3

VILLE : 1 (ALES)

CODES (CFES) : 1

CRES (CFES) : 2

ORS : 1 (BOURGOGNE)

RECTORAT : 1 (STRASBOURG)

UNIVERSITE : 1 (CAEN)

### CO-FINANCEMENTS

= 18

AUCUN = 4

---

### CO-FINANCEURS

(LISTE NON EXHAUSTIVE)

- APECAPP
- ASSOCIATION ESPOIR
- CCAA
- CENTRE HOSPITALIER
- CHAA
- CHU
- CIPAT
- CNAM
- COMMUNAUTE URBAINE ET MAIRIE DE LILLE
- CONSEIL REGIONAL (PLUS DE 3 FOIS)
- CONSEILS GENERAUX (PLUS DE 6)
- CRAM (AU MOINS 3 FOIS)
- CRAM
- DASS

- DRASS (AU MOINS 4 FOIS)
- DRTEFP
- FNAT
- FONDATION ATHENA
- FONDATION DE FRANCE
- GROUPEMENT REGIONAL D'ALCOOLOGIE (NPC)
- INSEE
- LABORATOIRES PHARMACEUTIQUES
- LIGUE NATIONALE CONTRE LE CANCER
- MAIRIE D'ALES
- MATERNITES PILOTES
- MILDT
- MUTUALITE DEPARTEMENTALE
- MUTUELLE
- ONSR
- PDASR, etc...

## **PROPOSITIONS D'AXES DE TRAVAIL**

- Impact des projets FISP II sur les projets de service ou d'établissement
- Projets cliniques : quel devenir pour les équipes et les patients (pérennité des actions et des moyens) ?
  - Impact des projets FISP II sur les relations avec les partenaires (associations, collectivités territoriales, administrations, établissements de santé et médico-sociaux, etc...)
- Impact des projets FISP II sur les relations avec les Tutelles
- Impact des projets FISP II sur les PRS, PRAPS, SROSS, etc...
- Elaboration de recommandations ?
- Quel avenir pour la prévention :
  - organisation nationale et/ou régionale ?
  - limitée à l'alcool ou étendue aux autres substances psycho-actives ?
- Quelle articulation prévention – soins en alcoologie ?

## **THEMES DES PROJETS ALCOOL NON RETENUS**

- Observatoire des publicités sur l'alcool
- Création et développement d'un serveur d'infos multimédia en alcoologie clinique et médico-légale
- Réalisation d'un film de prévention sur le thème alcool
- Mise en place d'une évaluation des pratiques en alcoologie
- Evaluation des post-cures
- Conduites suicidaires, alcoolisme, précarité
- Causes de décès chez les patients schizophrènes
- Formation des médecins généralistes au risque alcool
- Création et animation d'un bar sans alcool et sans tabac
- aide aux familles touchées par l'alcoolisme
- Prévention du risque alcool en PME/PMI en Aquitaine
- Processus de conscientisation du problème alcool de la population pénale
- Etude de la prévalence de diverses formes de la maladie alcoolique dans les populations des CCAA
- Déséquilibres individuels et sociaux engendrés par une surconsommation d'alcool et de tabac et le système d'aide institutionnel
- Les parcours alcoologiques
- Création d'un centre de soins avec hébergement provisoire pour les polytoxicomanes
- Point Alcool dans la ville
- Les intervenants de l'ANPE face aux demandeurs d'emploi en difficulté avec alcool
- Campagne de sensibilisation de l'éthylotest
- Création d'ateliers thérapeutiques
- Route et sécurité
- Réalisation d'un vidéogramme sur le syndrome d'alcoolisme foetal
- Prévention en milieu du travail



**SANTE-PRECARITE**

# THEMATIQUE SANTE-PRECARITE

## B. GOUDET

### La problématique fixait deux objectifs généraux :

- favoriser des dynamiques régionales d'actions promotrices de la santé des populations précaires
- en mobilisant et décloisonnant acteurs de la santé et du développement social.

### 1/ Trois projets s'inscrivent directement dans le cadre des priorités régionales de santé :

L'un, mené par la DRASS Midi-Pyrénées et ses 8 DDASS, vise l'élaboration d'un outil régional pour la politique d'accès aux soins des plus démunis.

L'autre, développé à partir du C.H.U. de Rouen, visant la création d'un pôle santé-Précarités sur l'agglomération rouennaise, s'est inscrit successivement dans la PSAS, un PRS, le PRAPS. Le dernier, mis en oeuvre par le CHAA et CPA de Colmar à l'abri de nuit de l'association Espoir, se situe dans la priorité et la démarche régionale de lutte contre l'alcoolisme.

### 7 autres ont une Dimension régionale ou départementale.

Un projet « jeunes » mené par la Mutualité Française en Franche-Comté avec coordination régionale.

Deux projets d'Ile de France menés, l'un en partenariat avec la PSAS de Seine Saint-Denis, l'autre avec divers partenaires de la région parisienne.

Un projet de la région Midi-Pyrénées s'efforce à la construction d'un réseau régional de médiation auprès des migrants.

En Provence-Côte-d'Azur une action auprès des enfants et des familles se développe sur divers sites dans tous les départements de la région.

En Poitou-Charentes une formation en alcoologie à destination de publics démunis est mise en place sur les 4 départements de la région.

Dans le Nord-Pas-de-Calais une expérience de santé communautaire, déjà réalisée dans certains quartiers urbains, est étendue à l'ensemble de la région.

### 2/ La mobilisation des divers acteurs concernés et leur décloisonnement est une préoccupation de la plus part des projets. Elle s'effectue dans trois directions :

#### 2.1. autour des problèmes d'alcool concernant certaines populations en grande précarité, sous la forme de :

- rencontres entre Travailleurs Sociaux, psychiatres, médecins, intervenant auprès des sans abri, en Aquitaine ;
- formation-action d'acteurs paramédicaux et sociaux pour une action en réseau-alcool auprès de publics précaires en Poitou-Charentes ;
- décloisonnement entre CHAA et Travailleurs Sociaux autour de l'accueil de sans abri alcoolisés, avec formation des TS à l'accueil des personnes dépendant de l'alcool et permanence du CHAA dans l'abri de nuit.

#### 2.2. pour des actions auprès des enfants, des familles, des jeunes

En Nord-Pas-de-Calais, c'est la promotion d'un outil d'action communautaire auprès des réseaux (enseignants, paramédicaux, sociaux) sur 10 arrondissements.

Dans l'Hérault, le Doubs et le Val-de-Marne, c'est un projet sur les inégalités d'accès à la restauration scolaire, passant par la coordination entre divers acteurs autonomes : un CRES, un CODES, le CIDEF, la Direction des Interventions Sociales et Sanitaires d'un Conseil Général, en liaison avec l'Education Nationale.

En Franche-Comté le projet repose sur la mobilisation des partenaires locaux concernés par les jeunes et des jeunes eux-mêmes.

De son côté, le projet d'action communautaire avec les familles défavorisées à partir des écoles sur 10 sites de la région Provence-Côte-d'Azur essaie de mobiliser les partenaires enseignants, médicaux et sociaux.

### **2.3. Pour favoriser l'accès aux soins**

La DRASS et les DDASS de Midi-Pyrénées veulent mobiliser tous les acteurs institutionnels de santé publique pour élaborer méthodologie d'analyse des besoins au service d'une politique d'accès aux soins des plus démunis.

En Haute-Normandie le projet est guidé par le concept d'une filière complète d'accès aux soins s'épanouissant grâce à un travail en réseau CHU, CCAS, DRASS, DDASS, CRAM, associations.

Un projet de l'Ile-de-France vise le décroisement sanitaire et social des urgences hospitalières, l'autre repose sur un partenariat entre structures de soins médico-sociales publiques, privées et associatives.

A Nîmes, un projet de santé communautaire en quartier défavorisé, mené par la Mutualité Française, essaie de décroiser et de mobiliser des professionnels sanitaires, sociaux, enseignants.

En Midi-Pyrénées une initiative associative essaie de mailler sur divers départements un réseau médico-psycho-social d'accueil et de soin des migrants.

### **Les constats posés dans la problématique sur les liens entre l'aggravation des situations de santé et les processus d'exclusion ont été confirmés dans leur généralité, parfois précisés, d'autres fois nuancés par les études et les actions menées :**

#### **1. L'aggravation de la précarité engendrant des conditions de vie défavorables à la santé et renforçant les inégalités sociales et les disparités de santé est soulignée par divers projets.**

L'impact négatif sur la santé des conditions de vie précaire et de la consommation des substances psychoactives est souvent noté. Les liens entre processus d'exclusion, alcoolisation croissante, dégradation de la santé, développement de l'errance ont donné naissance à divers projets, notamment en Aquitaine, Poitou-Charente, Alsace.

L'intrication des détresses sociales, psychologiques ou physiques, réelles ou ressenties, a été mise en évidence par la mise en place de la filière d'accès aux soins des plus démunis de l'agglomération rouennaise.

La liaison entre précarité des ressources familiales et désaffection des cantines scolaires a été questionnée avec finesse par une étude inter-régionale amenant à introduire d'autres variables telles que les habitudes alimentaires, les offres concurrentielles extérieures à l'établissement, le degré inégal de diversification des prestations en restauration scolaire.

Des apports statistiques très intéressants sur les états de santé et le rapport à la santé de populations en grande précarité, notamment étrangères, ayant beaucoup de difficultés pour accéder aux soins, ont été fournis par l'étude parisienne de l'Institut de l'Humanitaire.

La souffrance psychique issue des fractures dans les itinéraires de vie et les rejets vécus par les migrants est soulignée par un projet associatif en Midi-Pyrénées.

## 2. Le rapport entre inégalités sociales et inégalités de santé est fortement marqué.

Signalons en particulier les études menées en Ile-de-France sur les inégalités d'accès aux prestations de soins libérales et hospitalières, avec des données quantitatives sur les états de santé comparés, le renoncement aux soins, la variable étrangers sans papiers, etc., et des données qualitatives sur les attitudes et les stratégies dans la fréquentation des centres de soins gratuits.

L'étude menée à l'initiative de la DRASS de Midi-Pyrénées procède à une synthèse des informations régionales sur les « inégalités de santé et d'accès aux soins »,

## 3. Diverses études montrent que la moindre consommation globale de soins des publics en précarité est due à des raisons complexes tenant aussi bien aux facteurs administratifs et financiers, aux carences du système médico-social qu'aux attitudes et comportements de ces populations.

L'étude du CRESPI situe les dispositifs spécifiques comme des indicateurs de l'incapacité des structures habituelles de droit commun à accueillir les plus démunis de manière adaptée.

L'action du CHU de Rouen explique le moindre usage des soins publics par la difficulté des populations victimes d'exclusions à tirer parti des structures existantes.

L'étude de l'Institut de l'Humanitaire montre, chiffres à l'appui, les retards à la consultation, les reports et les interruptions de soins chez une population en grande précarité à dominante étrangère avec pas mal de situations irrégulières.

L'étude languedocienne sur un quartier défavorisé fait état des représentations professionnelles sur la moindre fréquentation des professionnels du soin et la moindre consommation en soins.

L'action associative menée en Midi-Pyrénées auprès des migrants insiste sur leurs difficultés administratives, sociales (isolement), culturelles et psychologiques d'accès aux soins.

## 4. La désorientation du système des soins face à ces situations est à la source de divers projets visant à réduire le décalage culturel et à s'attaquer aux cloisonnements professionnels et à isolement des professionnels de terrain.

**Dans le domaine des actions visant la prise en charge de populations errantes dépendantes de l'alcool**, on s'efforce en Aquitaine et en Poitou-Charente de réduire le cloisonnement des professionnels en diffusant une culture commune dans des formations. L'expérience alsacienne souligne l'éloignement très grand des sans abri du souci de leur santé et des lieux de soins et la méconnaissance des problèmes d'alcool des Travailleurs Sociaux qui accueillent ces personnes.

**Dans celui de l'action éducative auprès des enfants, des familles, des jeunes**, les projets se proposent :

- de pallier l'inadaptation de la prévention à la population enfantine de quartier défavorisé,
- de montrer le décalage entre le système de restauration scolaire (et l'équilibre nutritionnel) et les pratiques alimentaires, les représentations et les priorités des jeunes et de leurs familles en matière alimentaire,
- de créer un processus qui mène à la prise conscience de leurs besoins et attentes de santé par les familles démunies,
- d'amener des jeunes à devenir acteurs de leur santé dans une démarche communautaire reposant sur l'implication dans des projets qui les motivent.

**Autour de l'accès aux soins**, les divers projets s'attachent à :

- réduire ces décalages par une approche systématisée des services déconcentrés de l'Etat et/ou une action en réseau (M.P.),

- mettre en place une filière complète d'accès aux soins pour répondre aux difficultés à tirer parti des structures existantes de personnes dont les parcours sociaux sont une succession de ruptures (H.N.),
- étudier les difficultés de l'hôpital face aux urgences et à la précarité (I.F.),
- montrer l'inadaptation du système de soins de droit commun, en particulier la médecine générale, à l'accueil de population en extrême précarité (I.F.),
- montrer le sentiment des professionnels du soin d'être amenés à médicaliser des problèmes sociaux, et la grande difficulté de ces professionnels à s'investir dans une approche communautaire de la santé d'un quartier défavorisé (L.R.).

### **Quelques pistes pour un remodelage des actions :**

**1. La prise en compte de l'impact des conditions et des modes de vie des personnes et des familles en situation de précarité sur leurs rapports à la santé, au risque, à la prévention, à la maladie, aux soins,** est un souci important de beaucoup de projets ; et cela, qu'il s'agisse :

- de l'influence des modes d'alimentation modernes (fast-food, marketing) et de la difficulté à calculer à long terme des familles les plus paupérisées, pour la restauration scolaire,
- des incidences de l'errance, de la précarité socio-économique, des détresses familiales, psychologiques et ou sociales sur l'état de santé et l'accès aux soins, (H.N. et Aquitaine),
- de leur influence sur le recours aux urgences hospitalières et au système de santé (I.F.),
- des préoccupations prioritaires d'un quartier défavorisé : mal-être, violence, logement, éducation et problèmes familiaux (Nîmes).

**2. La volonté de favoriser des démarches de prévention participatives et communautaires est moins répandue.** On ne la rencontre que dans quatre projets :

- le projet « jeunes en marche » mettant en oeuvre en Franche-Comté une démarche participative de développement endogène (méthodologie IRADIE),
- l'approche communautaire des problèmes de santé d'un quartier prioritaire de contrat de ville de Nîmes, dans une perspective de développement social global,
- la démarche de santé globale, communautaire et participative, visant l'intéressement à leur santé de familles démunies et l'émergence de solutions qui soient les leurs, menée sur 10 sites à partir d'écoles en Provence-Côte-d'Azur,
- la démarche de recherche/action - impliquant habitants et professionnels de la santé, du social, de la formation, de l'insertion - avec appui sur un outil pédagogique, la mallette « les amis de mon jardin », en Nord-Pas-de-Calais.

**3. Eviter une éducation pour la santé orientée sur des thèmes trop spécifiques et stigmatisants et favoriser une approche globale et positive.**

Cette orientation se retrouve dans les quatre projets à orientation communautaire. Elle s'appuie sur des approches privilégiant la parole, l'expression libre, des supports concrets.

**4. Inscrire les initiatives de santé dans une perspective d'action globale et transversale à caractère social, professionnel, éducatif.**

Cette orientation se trouve mise en oeuvre dans au moins cinq des projets retenus :

- La filière d'accès aux soins du CHU de Rouen, appuyée sur un réseau pluriprofessionnel et interinstitutionnel, permet ainsi de rompre avec une culture technicienne et organique au profit d'une approche globale de la personne dans toutes ses composantes et dans les diverses dimensions de son existence (santé, hygiène, hébergement, alimentation, démarches administratives, emploi).
- L'action franc-comtoise avec les jeunes cherche une articulation pertinente de tous les partenaires de la vie des jeunes pour une action éducative et dynamisante, avec activités diverses correspondant à leurs centres d'intérêt, à impact positif sur la santé (sens large, OMS).

- L'étude/action nîmoise vise la mobilisation de tous les acteurs sociaux d'un quartier défavorisé - médicaux et paramédicaux, sociaux, éducatifs, culturels - pour agir sur le mal être et répondre aux priorités du quartier.
- Le projet du Nord-Pas-de-Calais inscrit ses actions dans la dynamique spécifique de chaque territoire avec le concours des acteurs sanitaires, sociaux, éducatifs, enseignants...

## **5. Développer les échanges et le travail en réseau, dans un souci d'efficacité et de complémentarité et dans le respect des déontologies.**

Cette orientation est très accentuée dans une dizaine de projets au moins pour des raisons diverses.

- **L'intrication des processus d'exclusion et des processus de détérioration de l'état de santé fait du travail en réseau une composante intrinsèque de la prise en charge**

Ce constat commande un travail systématique de mise en réseau de tous les partenaires locaux concernés par l'accès aux soins de populations en grande précarité sur l'agglomération de Rouen.

En Midi-Pyrénées, il entraîne une tentative institutionnelle, de bilan de l'existant « réseau » pour l'accès aux soins des plus démunis, accompagnée d'une réflexion théorique et d'un recensement (très incomplet d'ailleurs) des actions ou projets connus du type « réseau » en 1998, à l'échelle régionale. Dans la même région est prise une initiative associative de constitution et d'extension d'un réseau accueil-accompagnement-soins pour personnes étrangères en grande souffrance psychique. Ce projet, non répertorié dans l'étude régionale, qualifie le réseau de « *machine productrice de complémentarité* », génératrice d'une ambiance thérapeutique amenant rupture de l'isolement, permettant continuité des soins, facilitant le dépassement des stéréotypes et des préjugés raciaux.

- En Aquitaine et Poitou-Charentes **des formations** destinées à des acteurs de diverses professions sont organisées **pour faciliter la mise en réseau** par une culture commune et des contacts personnalisés. Est soulevé le problème de « l'absence d'un référentiel validé pour l'évaluation des réseaux non hiérarchisés ».
- **La création de réseaux est nécessaire pour mener des actions communautaires.**  
Les quatre projets communautaires déjà cités y ont donc recours.
- **Les études et les recherches gagnent aussi à s'appuyer sur des réseaux** : l'étude sur la restauration scolaire requiert la tenue de rencontres avec les établissements scolaires, les parents, les élèves, et débouche sur l'organisation de colloques, la publication d'articles, la participation à une émission de France 3. L'étude sur l'accès aux structures de soins gratuits, menée en Ile-de-France, s'appuie sur un réseau de recherche en Santé Publique associant structures publiques, privées, associatives, et équipes de recherche multidisciplinaires.

Signalons au passage la diversité des modes de relations internes aux différents types de réseaux mis en oeuvre.

**La note de problématique posait des orientations de travail en matière d'études et d'actions :**

*A une exception près, les études réalisées se sont inscrites dans les thèmes proposés :*

**1. Recension et analyse des connaissances sur le rapport à la santé de ces populations. Etude qualitative et pluridisciplinaire des parcours personnels.**

• **Trois études ont porté sur le rapport au système de santé et l'accès aux soins.**

*En Ile-de-France*, une étude apporte d'intéressantes données sur la *fréquentation des urgences* hospitalières et ses liens avec la précarité, une autre fournit des analyses pertinentes sur la morbidité, les filières de soins et les *modes d'usage* des patients en situation de précarité *fréquentant des centres de soins gratuits*.

*La troisième étude*, réalisée en Midi-Pyrénées, a procédé à la recension et à l'analyse des *données sur l'accès aux soins* contenues dans les rapports institutionnels régionaux - CRS, SROSS, Plans Départementaux d'Accès aux Soins des plus démunis- enquête systématique à l'échelle régionale de repérage des situations de difficultés d'accès aux soins.

• **Une étude des problèmes de santé sur un quartier défavorisé**, a été menée, en Languedoc-Roussillon, par enquête, une semaine donnée, auprès des divers professionnels (médicaux, paramédicaux, A.S., Psy.) opérant sur le quartier.

• **Une étude a tenté de mener une approche pluridisciplinaire des parcours de santé**, comme le recommandait la problématique, mais n'a pu y parvenir par absence de méthodologie adéquate.

• **Une étude s'est attachée, avec bonheur, à l'analyse du rapport des collégiens et lycéens à la restauration scolaire** et à l'alimentation dans 3 départements de 3 régions.

**2. Recension, analyse et évaluation des dispositifs locaux innovants.**

Des dispositifs locaux innovants ont été analysés et évalués : dispositifs nouveaux de restauration scolaire, dispositifs «accueil-démunis» des hôpitaux, filière complète, médico-sociale, d'accès aux soins sur une agglomération à partir d'un CHU, dispositifs de soins gratuits hospitaliers, associatifs et privés, avec évaluation des modes de fréquentation, des populations reçues, de leur état de santé, de leurs caractéristiques sociales.

**3. Mise en place de démarches de recherche/action pluriprofessionnelles.**

Des démarches de ce type ont structuré *les quatre actions de type communautaire* selon des modalités diverses :

- implication des jeunes destinataires dans des enquêtes et des évaluations d'actions menées avec eux et/ou par eux (plutôt action/recherche, en Franche-Comté) ; ...action en synergie des partenaires concernées par les jeunes sur des territoires délimités pour permettre aux jeunes de s'impliquer dans des actions responsabilisantes à effets préventifs larges (approche communautaire/développement social) ;
- enquête quantitative et qualitative auprès des professionnels d'un quartier nîmois, visant à les mobiliser pour rentrer dans un projet d'action communautaire : restitution et validation des renseignements obtenus d'eux, réunions des professionnels enquêtés pour les impliquer dans l'action. (*Efficacité réduite de ce processus*)... action de santé communautaire dans un quartier prioritaire du contrat-ville de Nîmes ;
- procédure d'analyse de situation et de connaissance de l'environnement menée sur chaque site avec les partenaires associés à la démarche communautaire, en Provence-Alpes-Côte-d'Azur... Visée d'une prévention globale - enfants, familles - sur 10 sites régionaux ;
- démarche de recherche/action impliquant habitants et professionnels de la santé, du social, de la formation, de l'insertion, dans le Nord-Pas-de-Calais... action partenariale, pluridisciplinaire et communautaire, visant la prévention des consommations de substances

psychoactives en vue d'améliorer santé et conditions de vie de populations défavorisées sur 10 sites d'une région.

Dans une *perspective plus administrative et technique*, le projet de la DRASS Midi-Pyrénées a mis en place un accompagnement méthodologique des agents des services déconcentrés de l'Etat pour construire dans chaque département un outil de repérage des situations de difficulté d'accès aux soins... : orientation vers une politique régionale d'accès aux soins et à la santé à l'occasion de la mise en place des 8 plans départementaux.

*A côté des recommandations d'activités de prévention à caractère communautaire qui viennent d'être évoquées, la problématique privilégiait deux autres axes pour les actions :*

### **1. L'amélioration de la formation des acteurs de terrain.**

- Les quatre projets articulant la précarité et la lutte contre l'alcoolisme se sont engagés dans cette voie avec l'organisation de formations pluriprofessionnelles visant, à des degrés divers pour chacun, l'acquisition de connaissance en alcoologie, la mise en relation des intervenants médicaux et sociaux, la formation à l'accueil et à l'accompagnement des sans abri.
- L'action communautaire du Nord-Pas-de-Calais s'est appuyée sur un dispositif de formation (3 jours) à l'utilisation de la mallette « les amis de mon jardin » et d'accompagnement (7 demi-journées) sur 10 arrondissements de la région.

### **2. Le développement des expériences d'accueil, écoute et accompagnement.**

Trois projets proposent des expériences intéressantes dans ce domaine :

- la formation d'un réseau de médiation interculturelle, ethno-psychologique, pour l'accueil, l'accompagnement et les soins de personnes étrangères en grande souffrance psychique ;
- la mise en place dans un abri de nuit associatif, à Colmar, d'une permanence hebdomadaire, formalisée, du CHAA ;
- les créations d'une équipe mobile d'intervention et de lieux d'accueil en ville et à l'hôpital, et le renforcement de la capacité d'écoute et de réponse aux appels psychosociaux reçus au SAMU-centre 15 par intervention d'un AS et formation de permanencières.

**Ateliers 1 &2**

**TABAC**

# **ATELIERS TABAC**

**"Des actions auprès du grand public"**

**"La place des professions de santé"**

**B. Lemaître & H. Sancho-Garnier**

## **PROPOSITION POUR DES PROGRAMMES FISP A VENIR ?**

- Favoriser une approche plus globale du tabagisme, plus centrée sur les déterminants du comportement tabagique : stress, environnement social, compétences psychosociales etc...
- La stratégie de prévention du tabac doit être globale :  
Interdire la vente aux moins de 16 ans : oui mais en parallèle favoriser le développement des capacités des jeunes à se passer de toxiques (compétences psychosociales, citoyenneté, appui psychologique, démarches, commentaires permettant une cohérence dans leur environnement...)
- Mettre en œuvre la Charte d'Ottawa OMS, au niveau des individus, des collectivités, de l'environnement.

## **PLACE DES PROFESSIONNELS DE SANTE**

- Evaluation des comportements (médecins généralistes, chirurgiens dentistes, pharmaciens, sages-femmes)
- Augmenter les connaissances par des moyens nouveaux et complémentaires de l'existant : visites en officine pour les pharmaciens, contacts téléphoniques (ex. Poitou-Charentes)
- Progresser dans les compétences : manque de formation pour les critères de prévention, renforcer celles des sages-femmes pour l'aide des femmes enceintes.

## **EVALUATION : MANQUE DE METHODE ET DE SAVOIR-FAIRE**

« L'école du souffle » Lydie LABOURE, Chalons en Champagne  
Mise en place d'un Centre de ressources par le CRES (Collège Régional d'Education pour la Santé) de Champagne-Ardenne

Faire remonter l'expérience du terrain  
Capitalisation de l'ensemble des informations :  
Colloques  
Conseil méthodologie  
Création d'outils de communication

## **OUTILS**

Un centre de documentation  
Un conseil d'experts  
Un bulletin régional semestriel

## **SAVOIR FAIRE ET FAIRE SAVOIR**

*"J'étais venue chercher des idées pour développer quelques actions au niveau du tabac : résultats plutôt positifs.*

*Sympathique les propos*

*Le fait d'avoir les adresses des différents ateliers et actions pourra nous aider par la suite.*

*Très bien la mise au point au niveau de l'implication des médecins généralistes*

*J'espère que les choses changeront"*

Intérêt de la présentation de 3 actions de niveaux très différents

Travail avec les médecins généralistes

Action d'échelon régional

Déclinaison très locale

Nécessité commune quel que soit le niveau d'un grand investissement temps, suivi ≠ nécessité de moyens suffisants, nécessité d'évaluation permanente.

Quelle cohérence entre priorités régionales et nationales ?

Pourquoi certaines régions placent le tabac en priorité de santé publique et d'autres non ?

Quelles sont les bases scientifiques en préalable aux actions ?

Sensibilité de quelques décideurs régionaux ?

Faire reconnaître l'acte de prévention qui permet de mieux travailler sur les comportements et de mieux écouter le patientes

Bonne démarche avec EPIDAURE auprès des médecins généralistes (qui ont pu avoir une méthodologie d'approche par rapport aux fumeurs).

# **Ateliers 1 &2**

## **ALCOOL**

# ATELIERS ALCOOL

## PREVENTION & EPIDEMIOLOGIE ET SOINS

C. Bernard et A. Rigaud

### Les ATELIERS

espace et moment d'échanges d'expériences et de discussion :  
- par la diversité des participants  
- par la diversité des expériences présentées ou évoquées

### 1 PROBLEME ==> 1 ACTION

ex. 1 : une région et l'évaluation de son dispositif "alcool"  
==> un état des lieux approfondi

*Bourgogne*

ex. 2 : les conducteurs en état d'ivresse tendent à récidiver dans l'année  
==> une action CDPA / TGI de suivi spécialisé et d'évaluation

*Doubs*

ex. 3 : l'alcoolisation des personnes en situation d'exclusion  
==> un dispositif adapté : "4A"

*Drôme*

### ALCOOL ET PREVENTION

La réflexion dans l'atelier s'est faite à partir de la présentation de 4 actions en Lorraine, Alsace, Nord, Pays de Loire.

A propos de la question "prévention-alcool" quelques remarques spécifiques à la problématique alcool :

#### **1. Importance du déni**

2.- ne pas citer le terme alcool dans l'action Education nationale pour ne pas effrayer (Pays-de-Loire).

3.- difficulté à faire reconnaître la réalité du syndrome d'alcoolisme fœtal (Nord).

4.- questionnaire ou plaquette d'information, support à la communication ou permet d'éviter une vraie communication ?

5.

#### **6.French paradox : bienfait du vin**

7.en prévention les messages doivent être clairs et non contradictoires, ce qui n'est pas le cas actuellement

#### **8.Importance des phénomènes d'alcoolisation chez les jeunes (19-24 ans salariés de l'EN)**

9.- consommation d'alcool sur les lieux du travail plus fréquente chez les jeunes salariés que chez les salariés plus âgés de l'Education nationale

10.- utilisation du “ petit remontant ” alcoolisé pour commencer la matinée, plus fréquent également chez ces jeunes salariés

11. Ceci justifie pour le moins une surveillance et de la prévention en amont

12.

**Quels sont les objectifs poursuivis ?** A propos des opérations “ Bob ” des Belges, a-t-on réellement un objectif de santé sur les conduites d'alcoolisation (alcoolémie 0 pour le conducteur) ?

•objectif sécurité routière avec résultat immédiat

•effet pervers par rapport au reste de la population/ consommation massive d'alcool quasiment cautionnée.

### **1.Complémentarité des démarches de prévention**

2. nationale : l'information

3. - lève le voile

4. - modifie les représentations collectives

5. - travaille sur le déni

6. - légitime l'action locale

7. locales : les seules susceptibles de modifier les comportements.

8.

**9.Transversalité des approches :** Prévention – Soins – Réinsertion.

Ceci pose la question de la place des soignants dans la prévention. Ils n'ont pas toujours les compétences requises pour des actions de prévention et ne sont donc pas toujours les mieux placés pour mener des actions collectives de prévention :

complémentarités des acteurs

### **CONDITIONS POUR UNE ACTION EN SANTE PUBLIQUE**

⇒ un état des lieux préalable :

- l'identification des besoins

- l'inventaire des moyens existants et l'état de leur coordination

⇒ un objectif général, des objectifs spécifiques

⇒ des méthodes, des moyens

en parallèle :

⇒ une terminologie, une culture commune

- par des temps d'échange sur les pratiques et leur analyse,

- être au plus près des acteurs de terrain

- par des formations préalables et par des formations-actions

⇒ construction d'outils

### **QUELQUES DIFFICULTES**

⇒ spécialistes de l'alcoologie et acteurs non spécialisés

⇒ interface des dispositifs :

\* les SROS doivent-ils prévoir un volet “Risque Alcool ?”

\* la constitution de réseaux formalisés :

- le problème de l'initiative

- le problème du type de formalisation

- les moyens et le financement spécifiques

⇒ le problème de l'élaboration du projet d'action  
et les moyens de sa mise en oeuvre

## **THEMATIQUES POINTEES LORS DES INTERVENTIONS ET THEMATIQUES SPECIFIQUES DE LA DEMARCHE DE PREVENTION**

- 1) **Nécessité de placer le sujet au centre de la démarche :**
  - 2) Prévention globale, souci d'autonomie, de développement des compétences psychosociales, démarche de prévention globale.
  - 3) Que veut dire une approche globale :
  - 4) Alcool - tabac - précarité dans la logique du FISP ?
  - 5) Alcool - tabac - produits illicites dans la logique de la MILDT ?
  - 6) Il s'agit d'être en phase avec les attentes et les besoins du public cible, ce qui nécessite de la souplesse.
  - 7)
  - 8) **Demande d'un travail régional d'animation d'une politique de prévention** (et départemental)
  - 9) Travail régional, interdépartemental et **local**
  - 10) - valoriser ce qui existe
  - 11) - favoriser les synergies
  - 12) - dynamiser les acteurs locaux
  - 13) - favoriser la concentration avant le dépôt du dossier
  - 14) A propos de l'alcool, quel partenariat entre les réseaux CFES/ANPA ? Quelle est la réalité du partenariat dans l'action au-delà de l'élaboration du projet ?
  - 15)
  - 16) **Comment concilier priorités nationales et régionales**, programme régional et développement d'actions de santé communautaire à partir des besoins de la population ?
    - territorialiser les actions pour développer le travail en réseau et la prise en compte des réalités locales ;
    - définir des objectifs opérationnels et des cadres d'action au niveau régional, et définir les actions localement ;
- *faire émerger des actions locales est parfois difficile sur certains objectifs (cf. : Lorraine)*

### **1) Lourdeur administrative**

2) Le paradoxe français n'est pas que dans l'alcool, ses dégâts et ses effets bénéfiques sur la santé, mais aussi dans l'importance du problème pointé et le désengagement des moyens, par exemple en médecine du travail à l'éducation du travail.

### **3) Et le financement ?**

Différents problèmes (et la liste n'est pas exhaustive...) :

- Diversité et multiplicité des financeurs et de leurs exigences. Il a été noté l'absence à ces journées des autres financeurs FNPEIS, etc..., et le peu d'échos faits à des actions de promotion cofinancées;
- Problème de calendrier dans la réponse à appel d'offre : le temps trop court pour déposer un dossier en vue d'un financement et toujours plus long que prévu pour mener à bien l'action ;
- Annualité des financements et nécessité de développer la pérennité de financements ;
- Précarité des acteurs de prévention, les problèmes de trésorerie, la concurrence locale entre acteurs ;
- Ligne budgétaire unique ;
- Exigence de cofinancements.

## **PROPOSITIONS**

- animation régionale et départementale pour une politique globale de prévention, réunion des acteurs effecteurs, temps de concertation
- clarifier les procédures de financement
- mettre les financeurs autour de la table pour se mettre d'accord sur les modalités de financements des projets
- faciliter les rencontres financeurs – opérateurs

## **Le FISP**

Exigence méthodologique en particulier en matière d'évaluation :

- un projet a dû revoir sa copie => choix d'un évaluateur externe
- avec un risque d'effet pervers puisque pour un projet les exigences de l'évaluation influent sur l'action (cantons d'intervention, cantons témoins), et nuisent à la mise en œuvre d'une action globale.

Cela démontre qu'il est possible de développer des actions de terrain en ayant un souci d'évaluation même si ce n'est pas simple.

Cette amélioration de la rigueur méthodologique devrait se développer sur les autres modes de financement.

# ATELIERS SANTE-PRECARITE

## ORIENTATIONS POUR LE TRAVAIL EN ATELIER

Au-delà des problèmes communs à beaucoup de projets, les questions qui gagneraient le plus à être approfondies en ateliers s'organisent autour de deux grands soucis distincts :

- celui de **faciliter au maximum l'accès aux soins des publics les plus démunis** : populations en errance, sans abri, personnes sous le coup d'une rupture brutale, populations émigrées - parfois sans papiers ou travaillant au noir -, personnes démunies de ressources économiques et socioculturelles et en perte de lien social, etc. ;

*Les questions à creuser relèvent alors :*

1. de la connaissance des modes de rapport à la santé et aux soins de ces populations,
2. des stratégies implicites structurant leur usage des prestations de soins,
3. de la compréhension du sens que prennent les parcours de soins dans ces itinéraires de vie,
4. de l'adaptation du système d'accueil et de soins aux processus d'exclusion contemporains,
5. du choix des types de médiation à instaurer entre ces personnes et les professionnels du système de santé et de leur mise en oeuvre dans des dispositifs pertinents,
6. des modalités d'évitement des effets pervers des mesures de « discrimination positive »,
7. de l'inscription des actions dans les priorités nationales et régionales.

- celui de **mener des actions de prévention, et/ou d'aide et d'accompagnement éducatif**, soit dans les quartiers défavorisés auprès des enfants, des jeunes, voire de la population générale, soit auprès de personnes en grande difficulté avec les substances psychoactives.

*Les questions qui sont à creuser relèvent alors :*

1. de la connaissance des obstacles au souci de la santé et à l'accès à la prévention dans ces populations,
2. de la difficulté à rencontrer des publics en difficulté et des moyens à mettre en oeuvre,
3. de la méthodologie d'action partenariale et communautaire,
4. des formes d'inscription de l'action dans les politiques territoriales et les priorités régionales,
5. de la formation à la connaissance et la prise en charge des consommations abusives et des dépendances
6. de la formation de relais pour pérenniser et populariser les initiatives de promotion de la santé...

Les questions qui s'ordonnent autour de **l'accès aux soins** des plus démunis guideront les travaux de **l'atelier SP1**.

Les questions qui concernent les actions de **prévention, d'aide et d'accompagnement éducatif**, avec leur appui sur la formation, animeront les travaux de **l'atelier SP2**.

# **Atelier 1**

## **SANTE-PRECARITE**

# ATELIER SANTE-PRECARITE

## "Précarité et difficulté d'accès aux soins"

C. MICHAUD

Je structurerai ce rapport autour de 3 points :

- être modeste,
- des pistes pour la recherche,
- des pistes pour l'acteur.

**1<sup>er</sup> point** : être déterminé dans notre volonté à œuvrer dans le domaine santé/précarité tout en restant modeste dans notre pratique quotidienne :

- que l'on soit en position de chercheurs essayant d'appréhender les différents déterminants qui ont pu conduire telle ou telle personne à développer telle ou telle pathologie ou à adopter tel ou tel comportement à risque pour sa santé.
- que l'on soit en position d'acteurs (de soins, du social, de l'éducatif) essayant d'intervenir sur ces pathologies ou ces comportements à risque.

Modeste car les études présentées et certains éléments du débat ont montré la difficulté à appréhender et à interpréter les parcours de vie et les stratégies de recours aux soins des personnes démunies ainsi que le sens donné à ce parcours et à ces stratégies.

*Par ex* : si tel recours au service d'urgence peut-être analysé par les professionnels comme un mauvais usage de ce service par les personnes démunies, il peut également être vécu par les personnes comme la meilleure stratégie pour obtenir des soins rapides, gratuits et utilisant les dernières technologies. Cet exemple souligne et balaie au passage le postulat souvent accepté de ressources personnelles faibles ou absentes des personnes en situation de précarité. La construction de stratégies hors norme constitue alors une preuve de la capacité d'adaptation de ces personnes à leur environnement (et n'est-ce pas cela être en santé!).

Modeste car aucun dispositif national (de type couverture médicale universelle – CMU) ou micro-locale (de type juxtaposition de services de soins et sociaux dans un hôpital) ne règlera définitivement les problèmes de santé liés à la précarité.

*Par ex* : la CMU comme tout autre dispositif, par ses inévitables effets de seuil, génèrera toujours une frange de la population non bénéficiaire et qui présentera des difficultés d'accès aux soins. La CMU ne réglant pas, par ailleurs, le problème de la motivation / la volonté à recourir aux soins en cas de besoin. Ces effets contre-productifs d'une bonne idée telle que la mise en place de services complémentaires à l'hôpital, générant une filière spécialisée pour les personnes précaires alors que telle n'était pas l'intention première.

Modeste car la prise en compte de personnes démunies par le système de soins et de santé actuel n'en est qu'à ses balbutiements et nécessite une redéfinition des rapports soignants / soignés incluant :

- une prise en compte plus globale dépassant l'aspect physique,
- une réflexion approfondie en tant que professionnels intervenant auprès de ces publics sur nos propres pratiques, motivations, perceptions et peurs.

Après ce préambule appelant à la modestie, deux axes de réflexions se dégagent pour améliorer l'accès aux soins.

**2<sup>ème</sup> point : poursuivre les recherches permettant :**

- de mieux connaître les facteurs favorisant ou défavorisant l'accès aux soins,
- de mieux appréhender le parcours de soins et les stratégies de recours aux soins,
- de mieux "outiller" les professionnels dans la détermination objective de la précarité des personnes qu'ils rencontrent.

*Par ex* : ont-été évoquées pour ces 2 derniers points, deux approches méthodologiques:

- l'une empruntant à la sociologie (transposition du modèle de Paugam), destinée à caractériser certaines étapes de recours aux soins selon le degré d'acceptation par la personne de sa situation de précarité. (ces étapes ne s'enchaînant pas forcément de façon linéaire et n'étant pas toutes empruntées par la personne)
- l'autre empruntant à l'épidémiologie et donc à la nécessité de fabriquer des indicateurs objectifs de précarité soit pour mieux orienter les personnes dans le service des urgences, soit pour mieux prévenir les situations de précarité : "notion de score prédictif de précarité" qui n'a pas aboutit dans l'étude présentée.

La nécessité de poursuivre les recherches sur la compréhension des processus d'exclusion et de recours aux soins ont été soulignées.

A côté de ces recherches nationales ont été évoqués, le travail micro-local (dans un hôpital) qui peut permettre de définir à l'intérieur d'une même équipe ces fameux indicateurs tant recherchés, la nécessité de disposer de nouveaux indicateurs d'alerte simples, d'une précarité rampante ou non déclarée.

*Par ex* : l'absence de couverture sociale, de complémentaire, les démarches de sortie rapide à l'hôpital.

Des études explorant le rapport de ces personnes au système de soins (hospitalier ou ambulatoire) ont été souhaitées lors d'un parallèle effectué avec les résultats d'une étude portant sur l'accès aux restaurants scolaires des familles en précarité financière.

Une recommandation, pour le futur FISP III, peut être d'encourager les études qui utiliseront et combineront l'approche sociologique et l'approche épidémiologique autour d'une même question préalablement définie et qui aura du sens pour d'éventuelles déclinaisons en terme d'action.

**3<sup>ème</sup> point : décloisonner le travail des acteurs / opérateurs intervenant avec ces personnes**

- par des formations mixtes (travailleurs sociaux, médecins) :
  - permettant d'identifier les compétences de chacun, ses limites et les situations devant déclencher le passage de relais,
  - permettant d'identifier les partenaires locaux afin d'établir des liens entre acteurs hospitaliers et acteurs non hospitaliers.
- Par la constitution de réseaux pluri-professionnels thématiques (toxicomanie, sida, hépatite C) dépassant l'aspect pour aller vers des réseaux santé/précarité.

En pratique :

En rédigeant ce rapport, j'ai pensé que l'on essayait encore d'améliorer l'accès aux soins des personnes démunies par une amélioration de la connaissance qu'ont les professionnels de ces personnes et des différents dispositifs existants.

D'initiatives directes par les personnes elles-mêmes il n'a été question.

Bien sûr, nous ne sommes pas des décideurs politiques mais ne faut-il pas rappeler les pré-requis à la santé rappelé par Ottawa en 1986 : "avoir un toit, un logement, manger à sa faim, vivre dans un pays en paix".

En tant que professionnels de la santé publique, nous ne pouvons occulter ces déterminants majeurs de la santé des populations.

# **Atelier 2**

## **SANTE-PRECARITE**

# **ATELIER SANTE-PRECARITE**

## **"Précarité, accompagnement et prévention : études, actions, formation"**

### **Rapporteur : Catherine Richard**

Extrait des présentations des 2 études (p 63 et p 97 de l'annuaire FISP) et d'une action de formation (p 103 de l'annuaire FISP).

#### **Intérêt des études :**

- rechercher les déterminants de l'état de santé,
- capitaliser les connaissances, ce qui demande aussi à être vigilant, à rechercher d'autres facteurs,
- confrontation des résultats entre les institutions et les familles.

#### **Constats :**

- décalage entre les représentations exprimées par les professionnels et celles exprimées par les familles en termes de besoins d'amélioration de l'état de santé,
- sous-estimation du temps nécessaire pour rencontrer la population,
- la santé est une préoccupation secondaire pour les populations en situation de précarité,
- questions sur la méthodologie pour créer le partenariat et faire émerger des réponses et des actions.

#### **Besoins :**

Il apparaît, lors des débats suite aux exposés, que la situation précaire des populations reste complexe pour les professionnels.

Pour quelles raisons ? Quelle serait la nature de cette complexité ?

Quelques éléments principaux retenus concernant les exposés comme préalable :

- modifier l'état de conscience à propos de la capacité du déni des problèmes de santé (liés à l'alcool par exemple) tant de la part des professionnels que des populations,
- accepter l'idée de ne pas tout connaître,
- connaître et reconnaître ses compétences et ses limites pour agir,
- rechercher les compétences d'autres professionnels,
- articuler le sanitaire et le social et intégrer éthique et déontologie liés à sa profession et à sa mission,
- réaliser des rencontres (échanges, problématiques...) puis d'autres de travail entre les partenaires concernés, ceci dans la durée, pour créer entre autre une culture commune,
- fixer l'échelle adéquate d'intervention,
- interroger la pertinence de telle intervention dans un contexte de précarité et celle de la communication au regard des conditions de vie.

Quel type de recherches serait nécessaire pour que les professionnels appréhendent mieux le contexte de la précarité ?

Comment articuler les apports de la recherche avec les perspectives d'action ?

Pour convaincre les partenaires potentiels dès le départ de la démarche, il faut bien définir les problématiques, définir aussi, suivant d'où l'on se place, la nature de l'intervention, sachant que si l'on

souhaite agir sur les déterminants de l'état de santé, il sera nécessaire de rechercher des partenaires agissant sur ces déterminants.

**Utilisation :**

Les études doivent être intégrées dans les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins. Les outils de la recherche sont à diffuser auprès des professionnels afin d'élargir le champ de leurs connaissances.

**Réflexion et commentaires**

**René DEMEULEMEESTER**

**Benoît FLEURY** : Merci à tous les deux. Avez-vous des questions sur ce thème « alcool » ? Pas de questions particulières ? On va donner la parole au Docteur René DEMEULEMEESTER qui est médecin inspecteur régional à la DRASS du Nord-Pas-de-Calais et qui va donc nous donner son regard régional sur l'ensemble des projets, des travaux et des rapports.

**René DEMEULEMEESTER** : Le titre annoncé était « réflexions et commentaires d'un délégué régional ». Je présente ici les excuses de Michel DEMARQUETTE qui était le délégué régional. Je ne suis que le délégué d'un délégué régional. Ce sera « les réflexions et commentaires d'un délégué de délégué régional ». Je vais présenter ces réflexions en quatre points.

Premier point, une image générale du FISP II, notamment du point de vue articulation nationale régionale. 2<sup>ème</sup> point sur la thématique, j'ai retenu quelques points et ils concernent plus particulièrement « santé précarité » que les deux autres thèmes. 3<sup>ème</sup> point sur les suites concrètes. Je me suis demandé, pour une région qu'est-ce qu'il serait intéressant d'avoir comme suites concrètes du FISP II ? Dernier point, une question existentielle : A quoi ça a servi ce FISP II. La meilleure façon d'y répondre, pour moi c'était de me dire « s'il n'avait pas existé, qu'est-ce qu'il se serait passé ou qu'est-ce qu'il ne se serait pas passé ? ».

**L'image du FISP** : la première image que j'ai eue hier matin, c'était une image un peu impressionniste, une espèce de mosaïque d'actions avec une grande difficulté de trouver des liens entre tout ça. La réflexion c'est que cette petite goutte d'eau qu'a été le FISP parmi les 700 milliards de dépenses de santé, n'avait d'intérêt que si ces actions étaient inscrites ou pouvaient être inscrites dans des programmes plus larges. 2<sup>ème</sup> réflexion, l'inscription FISP II dans une réalité régionale était un progrès important par rapport au FISP I. 3<sup>ème</sup> réflexion c'est la qualité de l'articulation nationale / régionale dans le cadre du FISP et la séparation des rôles aux deux niveaux qui a paru être assez claire. Il me semble qu'on a des leçons à tirer ou des choses à reprendre dans l'articulation entre régions, départements, circonscriptions de caisses d'assurance maladie, entre régions, départements, communes, quartiers etc. 4<sup>ème</sup> remarque par rapport à ce qui était le cahier des charges des experts, les acteurs locaux ont centré leurs propositions sur le côté action et le côté opérationnel.

**Sur les thématiques**, je vais centrer sur « santé précarité ». Dans les aspects positifs, c'est la démonstration de la nécessité de monter un projet qui induit un décloisonnement fort. J'ai un regret, que l'expérience autour du CHU de Rouen n'ait pas pu être présentée, parce que la lecture du projet faisait saliver, son rapport "intervention coût" paraissait intéressant. Le problème des expériences pilote c'est que quelquefois quand on multiplie le coût par le nombre de sites on se dit que, de toute façon, ça risque de rester une expérience isolée. Ça n'avait pas l'air d'être le cas pour ce projet.

2<sup>ème</sup> questionnement, c'est le fait que la démarche de prévention participative et communautaire, les reconnaissances et valorisations des pratiques profanes, ne paraissaient pas occuper une part énorme dans ce qui avait été retenu en matière de santé et précarité dans FISP II. 3<sup>ème</sup> interrogation, c'est l'absence des médecins libéraux dans les projets FISP II. Hier matin, on a eu une intervention du docteur ELGHOZI qui nous a présenté les obstacles en matière de formation, en matière de reconnaissance de la médecine libérale comme un interlocuteur légitime dans ce champ, et puis en matière de reconnaissance du travail qui était induit. Ce qui est vrai pour « santé précarité » l'est aussi pour « tabac », et pour « alcool » ; la leçon que j'en tire c'est que, dans les régions on a un gros travail à faire pour mettre en place les conditions qui vont pouvoir permettre, à la médecine libérale et aux professions de santé libérales d'une manière générale, d'assurer leur rôle en matière de prévention tabac ou alcool et en matière de prise en charge autour de « santé précarité ».

La 3<sup>ème</sup> remarque concerne les études et les recherches. Il me semble que le sentiment d'urgence sur le terrain, la volonté politique, font que, de toute façon, on va passer à l'action et que les pratiques vont évoluer avec ou sans outils complètement adaptés.

On n'attendra pas que les connaissances aient évoluées pour faire ; du côté des chercheurs la question à se poser est la suivante : "On ne va pas m'attendre, comment est-ce que je peux m'organiser pour accompagner les actions qui, de toute façon, vont se mettre en place".?

**Les suites concrètes.** J'ai noté des propositions très concrètes et très simples. La première action est du ressort de l'Institut de Veille sanitaire pour l'obtention de certaines données chiffrées au niveau régional, notamment en matière de consommation de tabac et d'alcool. Ce sont des données qui existent, ce sont des données qu'il n'y a pas moyen de se procurer. Il me semble qu'un Institut de Veille sanitaire, son job, c'est de permettre qu'on puisse se les procurer.

2<sup>ème</sup> proposition, rassembler, mettre à disposition, regrouper par thèmes les travaux bibliographiques et les mettre à disposition de ceux qui pourraient en avoir besoin.

3<sup>ème</sup> proposition, il y a manifestement des outils qui ont l'air de marcher. Ces outils : indicateurs, grilles, outils de communications peuvent aider les gens qui mettent en place actuellement des projets. La dernière proposition, c'est la publication des résultats de ces travaux et puis, peut-être dans le cadre du FISP, l'aide à la publication et à la valorisation de ces résultats.

**La dernière question c'est la question existentielle.**

Si le FISP n'avait pas existé, qu'est-ce qui se serait passé. D'abord, est-ce que les projets qui étaient là auraient eu lieu ou pas ? J'ai tendance à répondre oui. La plupart des projets qui ont été présentés, de toute façon, auraient existé. Ce sont, en règle générale, des bons projets et, personnellement, je ne connais pas beaucoup de bons projets qui n'aient pas fini par trouver les moyens de se mettre en place. Alors, qu'elle a été la valeur ajoutée du FISP ?

A mon sens, c'est le processus de sélection, ce sont les exigences en matière de suivi et d'évaluation et puis, c'est l'organisation des échanges et de la valorisation.

**Benoît FLEURY :** Merci René DEMEULEMEESTER. Grande capacité d'écoute et de synthèse, grande force de propositions. Est-ce qu'on a un ou deux commentaires ?

**Pascal GACHE,** projet EVACAPA en Franche-Comté : Je voudrais juste rebondir sur une des dernières choses que vous avez dit concernant le financement. Vous avez sans doute une vision plus générale que la mienne, peut-être que la mienne est sans doute partielle et partielle. En tout cas, en terme de financement, on a un budget de 1 million 7, on a eu 1 million du FISP, si on n'avait pas eu cette argent, on n'aurait pas eu le reste, parce que c'est en montrant la carte de visite du RNSP et de l'argent qu'il apportait qu'on a eu les 500 ou 600 000 francs qui nous manquaient, alors que l'on n'aurait pas eu ce million je pense qu'on serait encore entrain de chercher 20 000, 30 000, 40 000 francs et on se serait sans doute démobiliser. Je suis moins optimiste que vous en disant les bons projets trouvent de l'argent. Certes on a tendance à le penser mais je trouve qu'on a été toujours très bien accueilli par les décideurs en disant « c'est un projet formidable mais on n'a rien à vous donner ». En tout cas de notre côté, heureusement, qu'il y avait cette enveloppe relativement conséquente pour pouvoir aller au bout parce que des gros financements c'est difficile à trouver quand on n'est pas membre de l'INSERM ou du CNRS ou autres grandes maisons qui monopolisent beaucoup de l'argent de la recherche.

**Benoît FLEURY :** Merci. Autres questions, commentaires ?

**Mme FRANCHET,** de l'université Claude Bernard de Lyon : C'est juste une suggestion, c'est sûr que ça pèsera ce que ça pèsera. Pour ce qui est de la question des publications de la valorisation des actions de terrain, j'ai été acteur de terrain le plus souvent que je peux parce que j'aime bien ça, je trouve qu'on n'a pas le temps de faire des publications, on n'a pas le temps de faire de la valorisation de nos actions. Maintenant je suis de l'autre côté en tant qu'enseignante à l'université, je pense que les étudiants de la maîtrise que je coordonne seront enchantés d'appliquer les outils qu'ils vont acquérir dans la maîtrise des sciences sanitaires et sociales que nous menons à l'université pour capter et aider les formations actions, comme vous avez suggéré tout à l'heure, et ce à moindre frais. Après, il faut trouver un lieu de publication qui soit valorisant en soit et peut-être l'Institut de Veille sanitaire pourrait aider à cette valorisation d'un travail universitaire à moindre coût, mais il faut mettre la valeur ajoutée.

**Benoît FLEURY :** Merci. Une dernière parce qu'on est déjà en retard.

... .. Juste un mot pour confirmer le rôle important du FISP au niveau du lancement des actions. Je vais dans le sens de l'intervenant de tout à l'heure. Je crois que s'il n'y avait pas eu le FISP, il y a des actions qui ne seraient pas apparues. 2° pour souligner le fait que je pense qu'on met beaucoup d'obstacles, en terme de rigueur, je crois que c'est un point positif, mais en même temps avec la multiplicité des financements, la multiplicité des barrages, on ne facilite quand même pas le travail de

ces programmes. Quand on voit, notamment, ce qui se passe à côté dans le domaine des soins, où là, sur un coup de baguette, on vous débloque je ne vous parle pas des sommes, je trouve qu'il y a un déséquilibre qui me semble quand même assez flagrant.

**Benoît FLEURY** : Merci. Bertrand NALPAS.

**Bertrand NALPAS** : Je pense qu'il y a une chose qu'on pourrait aussi demander à nos financeurs, c'est harmoniser leurs dossiers d'appel d'offres. Dans la mesure où il a été souligné ce matin que souvent, effectivement, on a un délai extrêmement court parce que la publication des appels d'offres est faite, en gros, 15 jours avant la dead line et que chaque dossier est différent. Peut-être qu'au niveau de nos institutions, on pourrait demander un modèle commun, ce qui nous faciliterait bien la vie.

**Benoît FLEURY** : Pascal GACHE, un mot.

**Pascal GACHE** : J'ai une proposition à faire pour le FISP. On a beaucoup parlé des publications et, en alcoologie on connaît bien les ateliers d'écriture, je suggère au FISP d'organiser, peut-être dans 18 mois, un atelier d'une ou deux journées pour convier ceux ou celles qui le veulent à rédiger leurs papiers avec un ou deux experts qui ont l'habitude de faire ça. Je pense que ça pourrait valoriser le travail qui est fait. On souffre en tout cas dans les congrès internationaux de ne pas voir les publications françaises et, là, il y a beaucoup de projets et ce serait vraiment dommage que ça n'aboutisse pas. Il reste de l'argent, j'ai vu de 19,5 millions à 22, il en reste 2,5, peut-être qu'il y aura un peu d'argent dépensé pour payer de bons experts pour faire de bonnes publications.

**Benoît FLEURY** : Merci de votre participation. On arrête là. Merci de votre participation ce matin. L'ensemble des experts du Comité national a pris beaucoup de plaisir, pendant très longtemps, à éplucher 155 dossiers et on a relevé un certain nombre d'éléments importants dans les dossiers retenus et non retenus qui nous ont conduit à proposer des ateliers de ce matin avec une approche transversale. Vous êtes inscrits, vous pouvez vous inscrire, changer. Il y a beaucoup de monde à l'évaluation, à la cohérence stratégique. Il y a d'autres ateliers : pédagogie, communication, représentation, travail en réseau, formation, travail avec les non professionnels. Après ce qui a été dit ce matin, on aurait pu rajouter un atelier sur la motivation ou l'épuisement, sur le déni –pas simplement des utilisateurs ou des patients mais de certains responsables– sur le global (qu'est-ce qu'est le global ?). Je pense que, déjà, tout cela, on peut l'aborder autour de ces ateliers. Je rappelle que le but du jeu c'est de faire des propositions, de faire remonter à Etienne ANDRE des besoins, des recommandations et des difficultés. Je voudrais rappeler quelques éléments qui auraient été abordés ce matin, mais que, à l'époque du début du FISP II en 96-97, il n'y avait pas eu encore la publication de la Loi contre les exclusions et je crois que ce matin il faut avoir en tête cette question. Le plan triennal de lutte contre les drogues et de prévention de dépendance n'a pas été publié. On a oublié hier d'excuser l'absence de responsables de la Direction générale de la Santé qui devait aborder les questions des états généraux de la santé, des conférences nationales et régionales et je crois qu'il faut l'avoir en tête. On devait avoir aussi la présence de François BAUDIER de la CNAM évoquant la question des financements CNAM.

# **Atelier 1**

## **Cohérence stratégique**

# COHERENCE STRATEGIQUE

C. GERHART

« Comment assurer la cohérence des programmes nationaux, des programmes régionaux et des programmes locaux tout en prenant en compte les besoins spécifiques des niveaux de proximité ? Comment améliorer la cohérence des politiques des principales institutions entre elles que ce soit à l'échelon national, régional ou local en respectant leurs identités ? Comment rendre les modalités de financement des programmes plus simples et plus cohérentes ? »

A partir de la présentation des deux projets l'un sur le programme régional de Lorraine visant la prévention de la consommation excessive d'alcool, l'autre de la région Champagne-Ardenne concernant la réduction du nombre de fumeurs, ont été identifiés différents niveaux de cohérence pour lesquels l'atelier a défini des problématiques et des propositions d'amélioration du dispositif.

## La cohérence dans la prise de décision et dans le déroulement des actions.

Une des premières questions posées a concerné l'implication des décideurs locaux puis ont été interrogés les niveaux de coordination optimaux puis la place des projets de santé communautaires dans le dispositif.

### L'implication des décideurs locaux

Dans un programme régional comment les impliquer ? Il semble qu'au niveau départemental, la négociation de proximité ait pu permettre de mobiliser les décideurs. L'on peut penser aussi que le thème de l'action pour laquelle un financement est sollicité, ait été retenu dans le cadre de la conférence régionale de santé facilite le soutien local. Une autre solution proposée a été de déterminer un label PRS ( Programme régional de santé ) qui donnerait aux partenaires locaux une sorte de garantie d'opportunité et de qualité.

### Les niveaux de coordination et leurs territoires

Dans un contexte de multiplicité des territoires de décision et de coordination (par exemple : commune, inspection académique, caisse d'assurance maladie...), quel niveau de coordination est-il le plus pertinent ?

Même si aucun niveau n'est idéal ce qui apparaît important c'est de formaliser les relations entre niveaux pertinents. (Le programme de Lorraine en est une belle démonstration).

D'autres part les méthodes de travail peuvent aussi participer à la cohérence, par exemple la mise en place d'un Comité technique au niveau régional comme au niveau départemental.

Et puis la cohérence peut aussi être portée par les personnes, c'est-à-dire des personnes qui sont à la fois dans l'un et l'autre niveau..

### Le développement de projets de santé communautaire et de microprojets :

Le développement de ces projets peut se heurter à des difficultés liées notamment à une question d'échelle. On peut imaginer les difficultés que rencontrerait, par exemple une école à monter un dossier genre FISP .

Peut-être faut-il prévoir des dispositifs plus souples comme par exemple faire appel à des associations ou même à un établissement hospitalier comme cela a été cité. Une autre proposition serait que de petits promoteurs locaux se fédèrent de façon à pouvoir présenter un projet plus important.

## ***La cohérence dans les financements***

C'est peu dire combien la complexité des financements, le décalage des calendriers, les difficultés à faire prendre en compte les temps de préparation d'une action ainsi que le développement de la perception de précarité des actions ont été avancées !

### La complexité des financements

Certains, comme notamment des représentants du Haut Comité ou d'une Conférence régionale de santé ont proposé la création d'un fond commun et pourquoi pas, une agence régionale de santé publique pour gérer ce fonds de santé publique.

Parmi les nombreuses réactions soulevées par cette proposition, une question majeure a été celle de la visibilité. Il peut paraître en effet légitime à un financeur de montrer qu'il fait quelque chose.

Parmi les solutions alternatives probablement réalisables il a été proposé un accord entre bailleurs de fonds sur le financement d'un ou de plusieurs projets, l'organisation de tour de table des financeurs et puis l'adoption, probablement difficile, mais fortement souhaitée d'un dossier commun pour les demandes de financement

### Le décalage des calendriers

Comment pallier au fait de l'arrivée successive dans l'année des différents financements ?

Il a été proposé, qu'au moins entre les deux gros principaux bailleurs de fonds, c'est-à-dire l'Etat et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie il y ait un accord sur les calendriers et les modalités de délivrance des financements et que, si possible, cet accord permette de faire en sorte que les crédits arrivent plutôt en début qu'en fin d'année.

### Le démarrage des actions ou le temps de leur préparation

Il a été proposé des appels d'offres limités dans le temps et dans les montants pour le financement de l'élaboration et de la préparation des projets (ceci semble se faire dans d'autres pays).

En effet sans la prise en compte de ce temps, ce sont les seuls associations ou organismes déjà bien implantés qui pourrait présenter des actions.

### Le sentiment de précarité d'un certain nombre de promoteurs, notamment dans le domaine de la promotion et de l'éducation pour la santé, et la course du financement

Pourquoi cette perception, alors qu'objectivement c'est quand même un domaine où les crédits n'ont cessé d'augmenter ? La "précarité" semble relative mais ce qui existe de façon très concrète c'est la nécessité de la course au financement. Il a été proposé un minimum de reconnaissance institutionnelle ou de labellisation qui permettrait de limiter au moins cette course au financement.

## **Contacts**

Lucette Barthelemy, CRES Lorraine,  
Fabienne Bonnin, CRES Champagne-Ardenne.

# **Atelier 2**

**Pédagogie,  
Communication,  
Représentations**

# PEDAGOGIE, COMMUNICATION, REPRESENTATION

**O. BRIXI – M. ARENE – B. LEMAITRE**

*Parmi l'éventail des projets réalisés dans le cadre du FIPS II, il nous importe d'examiner les approches et les méthodes utilisées. Ceci pour comprendre :*

- 1- Les stratégies pédagogiques: directives/participatives, prescriptives/éducatives ?*
- 2- Les stratégies de communication: un contenu d'abord, des supports ensuite ou l'inverse?*
- 3- Sur le fond, autour de quelles représentations de la santé et du travail social ?*

Les deux expériences invitées à exposer leur travail, avaient été choisies parce que chacune d'entre elles développe une démarche interactive avec un médium différent: théâtre forum "La scène du risque" pour la Délégation régionale de la prévention de l'alcoolisme de Bretagne ; jeux, manuel et vidéo de la Mallette pédagogique des "Amis de mon jardin" pour le Comité régional d'Education pour la Santé du Nord-Pas-de-Calais.

Signalons d'abord la diversité d'origine des participants de l'atelier. L'implication de multiples disciplines témoigne des avancées en promotion de la santé ces dernières années (infirmières, animateurs, psychologues, éducateurs, médecins -spécialiste ou non- cinéaste, provenant des réseaux du CFES et ANPA, mais aussi d'autres associations, de Missions locales, services municipaux, départementaux, déconcentrés de l'Etat, hospitaliers). Ce qui apparaît comme une évidence aujourd'hui était jusqu'à récemment, le domaine réservé des professions médicales.

Un seul absent : le public "cible". Cible et/ou levier ? C'est autour de ce public cible que les passions se sont nouées au sein de l'atelier.

On retiendra les éléments forts qui suivent :

Il ressort de ces deux projets, le choix d'une communication à contre-pied de l'air du temps : le schéma classique « émetteur >récepteur », est jugé inapproprié en prévention parce qu'unilatéral, directif.

En revanche, l'engagement dans une communication interactive qui privilégie l'écoute, la coproduction des messages, les échanges au risque de la rencontre retient l'adhésion des participants de l'atelier. Ce risque de la rencontre, en définitive de l'autre, caractérise le mieux ces expériences.

De ce mode de communication se déduit une pédagogie en « coopérative », où les compétences multiples sont reconnues et recherchées. Le professionnalisme c'est alors savoir discerner et valoriser les compétences des non professionnels, savoir aussi se mettre à distance.

Ce type d'action requiert donc une capacité d'engagement, de souplesse, d'écoute et une dose d'altruisme. C'est pour cela qu'on ne peut envisager une quelconque transférabilité mécaniste. Pour autant, on peut étendre ces expériences en les adaptant à chaque fois, en construisant. Il faut souligner l'importance qu'il y a de les valoriser et d'organiser le débat et les confrontations.

Mots clés

Partage, communauté, lien

Echange, écoute, respect, communication

Enthousiasme, plaisir, donner envie, motivé

Favoriser l'émergence des contre-pouvoirs, face à son pouvoir,

Appropriation, créativité, capacité critique.

## **Contacts**

Pascal Guihal, Délégation régionale de la prévention de l'alcoolisme de Bretagne,  
Marc Beaurepere pour le CRES-Nord-Pas-de-Calais.

## ***Pour en savoir plus, une suggestion bibliographique***

**Communication en promotion pour la santé : aspects théoriques, méthodologiques et pratiques.**- Cherbonnier Alain, Mouchet Philippe, Bontemps Alain.- Bruxelles : Questions santé asbl, 1998, 192 p.

**Du bon usage de la communication en éducation pour la santé.**- Chauvin Florence, Brix Omar, Roussille Bernadette.- Vanves : CFES, coll Séminaire, 1999, 292 p.

L'enseignement scientifique. Comment faire pour que « ça marche » ?.-**De Vecchi Gérard, Giordan André.**- Nice : Z'édicions, 1989, 22 p.

L'éducation dans la ville.- **Freire Paolo.**- Paris : Païadeia, coll Théories et pratiques de l'éducation des adultes, 1991, 136 p.

# **Atelier 3**

## **Le travail en réseau**

# LE TRAVAIL EN RESEAU

S. BOIGE-FAURE

*ou « Comment mobiliser les ressources sanitaires, sociales et autres, sur un territoire donné, autour des besoins des personnes dans un souci de multidisciplinarité et d'échanges de pratiques ? »*

Travailler ensemble, de façon multidisciplinaire, pour améliorer l'accessibilité aux soins et à la prévention des populations, et également assurer la continuité et la cohérence des prises en charge des personnes : c'est bien l'objectif de la plupart des réseaux constitués autour de thématiques diverses mais bien souvent, « alcool, sida, toxicomanie, précarité ».

Cela dit, même si ce travail demande à être organisé, structuré, et surtout dynamisé, il ne se décrète pas.

Chaque réseau a son histoire et son contexte. A partir des besoins exprimés par les individus mais plus souvent ressentis par les professionnels, il nécessite pour se formaliser, un temps d'échange, de réflexion et de maturation souvent important et garant du fonctionnement à venir.

Les « ingrédients » ne sont pas toujours les mêmes (besoins, acteurs, objectifs...) mais ce qui est nécessaire pour que la « mayonnaise » prenne bien, c'est le partage de convictions, d'enthousiasme, qui bien souvent se traduit dans une charte d'objectifs. Une bonne animation par un professionnel ou une structure compétente, neutre et reconnue par tous, est également indispensable.

Mais de nombreuses questions sont soulevées de façon récurrente au cours de tous ces cheminements et nous vous proposons d'échanger autour de ces points :

- **Principes fondateurs des réseaux** : à partir des grands objectifs partagés dès le début, (thématique, recherche de qualité, améliorer l'accès aux soins et la prévention, améliorer la cohérence, prise en charge globale et continue des patients), comment élaborer au fil du temps, une charte commune plus précise rassemblant les bases éthiques de fonctionnement.
- **Comment rester au plus près des besoins des personnes** et favoriser une approche globale sans en rester aux besoins des professionnels dont la motivation première est souvent d'abord de rompre leur isolement ?
- **Quels professionnels impliquer** afin de s'ouvrir à une démarche transversale, multidisciplinaire, associant le sanitaire, le social et d'autres partenaires ? Jusqu'où élargir le cercle ?
- Qui doit assurer **la coordination et l'animation** de ce réseau sachant que la partie administrative (comptes-rendus de réunions, demandes de subventions,...) n'est pas négligeable ?
- **Quel financement pour les réseaux** et quel mode de rémunération pour les médecins libéraux ou dédommagement pour les autres ?
- **Comment favoriser l'échange de pratiques** et la connaissance mutuelle dans le respect des rôles et des fonctions de chacun ?
- **Comment concilier l'éthique du secret professionnel et le travail en réseau** ? Partager des informations n'est-il pas contradictoire avec le respect de la confidentialité, de l'anonymat ?

- **Quelle formation** proposer afin d'améliorer les compétences tout en favorisant le décloisonnement professionnel ?
- **Quelle communication** peut être envisagée autour de ce réseau (annuaire, répertoire, tracts et communication scientifique) dans le respect de la déontologie ?
- **Comment concilier** l'expérience acquise de la mise en place spontanée des réseaux avec l'organisation plus institutionnelle émanant par exemple des structures hospitalières, et surmonter les différences de pratiques et de cultures ?
- **Comment évaluer le fonctionnement** du réseau et mesurer les résultats afin de faire évoluer le dispositif en fonction des objectifs ?

Autant de sujets de débats qui pourront être éclairés de l'expérience de chacun.

Nous proposons à l'équipe d'Alès de présenter son action, mais bien d'autres pourront nous faire part de leur engagement dans ce type de projet, et des bénéfices qu'ils ont pu tirer ou pas de ce travail.

#### **Contacts**

Pierre Larcher – Responsable des réseaux - Direction Générale de la Santé  
Françoise Demateis – Médecin-Directeur SCHS Alès

# LE TRAVAIL EN RESEAU

**P. LARCHER**

Le Médecin-Directeur du SCHS d'Alès, Françoise DEMATÉIS a montré avec une grande clarté comment, dans une petite ville comme l'est Alès (40.000 habitants), l'efflorescence de nombreuses initiatives de terrain venant des médecins libéraux, de praticiens hospitaliers, de la direction même de l'hôpital qui avait inclus les réseaux dans son projet d'établissement, de professionnels divers du monde médico-social, ont pu trouver leur cohérence grâce à l'action très volontariste qu'a menée la municipalité avec l'accord de ses élus. Cette action a permis la cristallisation de 7 réseaux différents touchant à des aspects différents de la vie locale (périnatalité, gérontologie, toxicomanies, soins palliatifs, précarité, alcool, douleur) en leur apportant une facilitation dans leurs tâches administratives, et en leur servant de médiateur vis-à-vis d'un certain nombre de leurs partenaires institutionnels, tout en évitant l'écueil facile de la récupération politique ou des jeux de pouvoir. La maturation de ces réseaux, leur montée en charge, leur prise de conscience des richesses que leur apportait la transprofessionnalité les a mené progressivement à prendre, avec l'aval de la municipalité, leur autonomie en créant leur propre association commune aux sept réseaux, « RESEDA », financée par la municipalité, qui assume maintenant toute la charge de gestion commune.

La diversité de ces réseaux, la multiplicité de leurs financements, les solutions trouvées au coup par coup aux innombrables difficultés quotidiennes grâce au partage de l'expérience des divers réseaux d'Alès, mais aussi d'autres réseaux un peu partout en France, ont amené les participants au groupe à demander qu'en matière de réseaux, la règle du jeu soit enfin claire, qu'ils puissent bénéficier de la boîte à outils nécessaire à leur développement vers une meilleure qualité de la prise en charge de la population, et qu'ils arrêtent de perdre leur temps à mendier des financements ridicules pour compléter le bénévolat de leurs professionnels.

Je rappelle donc que, depuis 1996, existent d'une part des réseaux essentiellement inter-hospitaliers, relevant du code de la santé publique, créés par conventions entre leurs directeurs, soumis à agrément de l'ARH et à accréditation, qu'existent d'autre part au code de la sécurité sociale des expérimentations de nouveaux modes de financements que tout le monde appelle les « réseaux Soubie » soumis à agrément ministériel, et qu'entre les deux trouvent leur place des réseaux comme ceux d'Alès, réseaux de proximité (précarité, gérontologie, périnatalité) centrés sur le patient ou réseaux spécialisés par pathologie ou technique (douleur, soins palliatifs, cancer, alcool, diabète, hépatite C, maladies rares...) plutôt centrés sur les professionnels de premier niveau que sont les médecins ou infirmières libéraux, qui ont vocation à venir s'articuler sur les précédents pour leur donner les armes nécessaires à une prise en charge de proximité de qualité. Trois ans après les ordonnances, force est de constater que les réseaux dont on parle le plus (les « réseaux Soubie ») se comptent sur les doigts d'une seule main, que les réseaux inter hospitaliers ne sont encore qu'une centaine à avoir été agréés par leur ARH, alors que les réseaux de terrain ont dépassé le millier depuis longtemps.

Or, début 2000, va être mis en œuvre le fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) créé au sein de la CNAMTS par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999, doté de 500 MF, qui est explicitement prévu pour financer, outre les médecins référents, les activités non rémunérées par le paiement à l'acte des professionnels de santé travaillant en réseau. Vous n'en avez pas encore vu la couleur parce que son décret d'application est actuellement au Conseil d'Etat, mais il devrait être opérationnel avant la fin de l'année, et la liste énumérée dans un autre article de la même loi décrit pratiquement toutes les activités des réseaux qui reposent actuellement de manière tout à fait malsaine sur le bénévolat de professionnels. Pour que cet argent serve effectivement à améliorer la prise en charge des patients, il est donc urgent que ceux qui seront amenés à le répartir sachent exactement à qui ils s'adressent dans quel but.

Il est donc temps de clarifier les choses en diffusant un cahier des charges unique qui fait l'objet d'une circulaire actuellement à la signature de la Ministre et en donnant une définition unique des réseaux, qui devrait apparaître dans la loi de modernisation du système de santé au printemps et qui s'inspirera fortement de la définition proposée par la Coordination Nationale des Réseaux et adoptée depuis par plusieurs groupes de travail nationaux regroupant la majorité des syndicats du monde de la santé :

*« Le réseau constitue à un moment donné sur un territoire donné la réponse organisée d'un ensemble de professionnels et / ou de structures à un ou des problèmes de santé précis, prenant en compte les besoins des individus et les possibilités de la communauté ».*

**Contact**

Françoise Demateïs, Mairie d'Alès.

**Atelier 4**

**La Formation**

# LA FORMATION

## B. PATURET

Pour ouvrir notre réflexion, je voudrais partir de l'hypothèse suivante : toute action à l'endroit de l'autre (formation, soin, éducation, etc.) s'articule fondamentalement autour de deux postures :

- la première peut être qualifiée d'orthopédique. L'acteur agit au nom de l'éducation, du droit, de la santé du bien commun ou encore de la science. Il sait ou prétend savoir ce qui est le bien pour autrui. Telle peut être la posture de l'expert. Positive normative s'il en est !

Or Hannah Arendt rappelle sans doute justement, dans *Condition de l'homme moderne*, que les Grecs opposaient expertise et citoyenneté. Les affaires publiques et encore moins les affaires privées, selon la philosophe, n'appartiennent pas un groupe limité de professionnels et de techniciens, mais aux citoyens eux-mêmes. Les Grecs semblaient croire que si la mentalité des experts venait à prévaloir dans les affaires humaines, celles-ci courraient le risque de perdre précisément ce qui en fait le prix : le partage des axes et des paroles entre les habitants de la cité. Car l'expert se donne comme ce *Deus ex machina*, avec lequel on ne discute pas et devant le savoir de qui l'on s'incline. De plus, il faut ajouter que le citoyen paresseusement abrité derrière la compétence de l'expert, évite trop souvent de prendre ses responsabilités.

D'ailleurs cette posture orthopédique se double habituellement d'une conception d'un sujet humain transparent à lui-même, voulant son propre Bien, cherchant à agir bien pour lui-même et pour autrui. Victime du présupposé socratique « *Nul n'est méchant sciemment* » la posture orthopédique vise à faire l'économie de cette part obscure comme l'appelaient les Romantiques, cette part inconsciente pour la psychanalyse, qui évite la question du désir dont Spinoza fait l'essence de l'homme. « *Nous ne désirons pas, dit-il une chose parce qu'elle est bonne, mais c'est parce que nous la désirons que nous la disons bonne* ».

- La seconde pourrait être nommée maïeutique. Le terme est emprunté à Socrate Maïeuô, faire accoucher, Socrate pratiquait l'art de faire accoucher les « *esprits* », art de l'accompagnement d'autrui dans la connaissance de soi et dans le questionnement du sens de son exister. Accompagner signifie marcher à côté, sur le même chemin, faire un bout de chemin ensemble. Accompagner, c'est cheminer avec l'autre pour qu'il se réapproprie le sens de son exister.

Mais il faut une éthique à la maïeutique, une éthique de l'accompagnateur. Elle suppose deux éléments :

Ne pas être investi de ses certitudes, accepter de ne pas savoir le Bien d'autrui. Dans le cheminement maïeutique, Socrate était lui-même remis en cause – Praxis causalité circulaire.

Etre debout dans sa parole – une parole (fût-elle celle de l'expert) sans engagement de celui qui la porte peut-elle être agissante ? La maïeutique suppose d'habiter sa parole. C'est me semble t-il, la dimension propre de l'éthique : *éthos* étant entendu comme demeure de l'âme ou de l'être, éthique signifie ici habiter son être. Ceci est évidemment autre chose que la morale comme *éthos* et désignant les « *habitudes sociales* », les coutumes, les traditions (codification – habitus, conformité à des normes).

J.B. PATURET, Professeur des Universités de Montpellier III

**Coauteur** : La santé publique, du bio-pouvoir à la démocratie ,ENSP – 1999.

### Contacts

Jean-Paul Linas, ANPA Clermont-Ferrand

Dominique Desfontaines, CHRU, Lille

# **Atelier 5**

**Le travail avec les non-  
professionnels, les non-  
spécialistes, les habitants**

## **Atelier 5 : L'approche communautaire : intervention professionnelle et implication active des habitants.**

### **B. GOUDET**

**Enjeu du travail :** « *Comment impliquer tous les acteurs de la communauté - professionnels des différents secteurs et institutions, associations, habitants non organisés de différents âges - dans une démarche d'étude et/ou d'action visant, sur un site en grande précarité, l'amélioration de la santé et le développement local ?* ».

#### **Problématique :**

La volonté de favoriser des démarches de prévention participatives et communautaires se rencontre surtout dans quatre projets « santé-précarité ». Chacun se caractérise à la fois par un type d'approche et des références particulières et par une démarche méthodologique spécifique. Traçons les grandes lignes de problématique émergeant de ces expériences.

**1/ Les types d'approche mises en oeuvre et leurs références.** Chaque expérience s'appuie sur une approche particulière :

- Le projet « jeunes en marche » met en oeuvre en Franche-Comté une démarche participative de **développement endogène** basée sur la **méthodologie** du groupe **IRADIE**.
- L'approche communautaire des problèmes de santé d'un quartier prioritaire de contrat de ville de Nîmes, s'inscrit dans une perspective de **développement social global et de promotion de la santé** reprenant la **méthodologie de santé publique dans une orientation communautaire**.
- La démarche de santé globale, communautaire et participative, visant l'intéressement à leur santé de familles démunies et l'émergence de solutions qui soient les leurs, est menée sur 10 sites de Provence-Alpes-Côte-d'Azur, à partir **d'intervention dans les écoles**, avec appui sur les intervenants sociaux et médico-sociaux de chaque site.
- La démarche de recherche/action - impliquant habitants et professionnels de la santé, du social, de la formation, de l'insertion en Nord-Pas-de-Calais - se développe à partir **d'un outil pédagogique**, la mallette « les amis de mon jardin ».

#### **2/ Les démarches méthodologiques mises en oeuvre.**

Les diverses expériences que nous prenons pour référence ici ont en commun de toutes s'appuyer sur une démarche articulant l'étude et l'action ; elles diffèrent par la priorité donnée à l'une ou l'autre de ces deux composantes et surtout par leurs modes d'articulation.

##### **2.1. Etude des besoins, mobilisation des professionnels, implication des habitants.**

Deux expériences adoptent cette démarche classique en santé publique et santé communautaire.

- Une **enquête quantitative et qualitative**, avec restitution des résultats aux enquêtés, est ainsi menée **auprès des professionnels** d'un quartier dans le double objectif d'un recueil des besoins et d'une implication de ces professionnels dans le projet d'action communautaire qui va venir apporter réponse, la **mobilisation des habitants est ensuite appelée à se faire** dans le prolongement autour des objectifs que la population fera siens et qu'elle s'attachera à mettre en oeuvre avec l'aide des professionnels.
- Dans l'autre expérience une **procédure d'analyse de situation et de connaissance de l'environnement** menée sur chaque site par des rencontres **avec les partenaires** sociaux,

enseignants et médico-sociaux, associés à la démarche ; les problèmes étant ainsi repérés, la **mobilisation des familles** va s'appuyer sur un travail mené avec les enfants dans le cadre des écoles.

## 2.2. Construction d'un partenariat et création de situations mobilisantes.

- Dans l'expérience appuyée sur la méthodologie du groupe IRADIE, la construction d'un partenariat local vise la **mise en synergie des partenaires concernés** par les jeunes sur des territoires délimités pour permettre aux jeunes de s'impliquer dans des actions responsabilisantes à effets préventifs larges. L'implication des jeunes destinataires est provoquée par la **création de situations ou d'événements par rapport auxquels ils sont invités à réagir** et à agir en commun.
- Le projet du Nord-Pas-de-Calais inscrivant ses actions dans la dynamique spécifique de chaque territoire a pour premier objectif de s'assurer le concours des acteurs sanitaires, sociaux, éducatifs, enseignants du site. **L'action partenariale, pluridisciplinaire et communautaire**, visant la prévention des consommations de substances psychoactives en vue d'améliorer santé et conditions de vie de populations défavorisées, qui s'engage sur chaque site prend appui sur la réunion, par des intervenants formés, de groupes d'enfants autour **d'une mallette pédagogique** qui les met à l'action.

### Questions.

La visée des actions communautaires étant la mobilisation des destinataires pour construire leurs propres réponses aux questions de santé qui les concernent, deux types de questions se posent.

**1/ Le premier ensemble de questions** tient aux **modes d'articulation entre ces destinataires et les acteurs institutionnels de santé** - professionnels, institutions, associations - qui interviennent sur leur territoire :

- quels rapports entre **la construction des problèmes** et des « besoins » de santé opérée par les acteurs institutionnels et la construction empirique et diffuse qui peut ressortir des conduites, des plaintes, des revendications, des demandes des habitants ?
- quelle rencontre entre les **normes** des professionnels et celles des habitants ?
- Comment éviter que les acteurs institutionnels n'imposent leurs objectifs et leurs normes aux habitants ?
- **Quelle place** aux professionnels, aux institutions, aux destinataires (enfants, jeunes, adultes) ?

**2/ Le deuxième ensemble de questions** se développe autour des questions de la **prise de conscience** des habitants des problèmes de santé qui leur sont communs sur un site donné, de leur **mobilisation** commune pour y apporter réponse et des modes d'**organisation** de leur action :

- **comment susciter la prise de conscience** des destinataires des problèmes de santé qui leur sont communs ? et quels leviers utiliser pour leur permettre de les identifier et de **se mobiliser** : procédure d'enquête avec restitution des résultats ?, enquêtes participation associant professionnels et destinataires ? enquête « conscientisante » ? incitation des professionnels ? exploitation d'opportunités (événements critiques, conflits, accidents) ? création de situations qui les interpellent ? etc.
- **Comment aider les habitants à passer d'une approche empirique** et peu organisée des problèmes de santé de la communauté à **une approche structurée** pouvant étayer un projet communautaire ? Constitution de groupes de réflexion ou d'ateliers-santé ? Rencontres avec des partenaires institutionnels ? Organisation de manifestations festives ? etc.
- Comment **faciliter l'organisation** de l'action des habitants ? Constitution de commissions ? d'associations ? articulation de l'action santé à des structures déjà existantes liées à l'habitat, à l'école, au développement local ? etc.

## **Méthode de travail en atelier.**

Pour travailler ces questions nous allons :

- dans un **premier temps** demander aux **promoteurs de trois des expériences** de références de rappeler très brièvement l'essentiel de leur expérience, et de se situer par rapport aux questions qui viennent d'être posées, (nous leur accorderons quinze minutes à chacun) ;
- dans un **deuxième temps**, en nous aidant de leurs reformulations de la problématique et de leurs réponses nous reprendrons, dans un **échange** où chaque participant aura la parole, les questions qui nous paraîtront les plus importantes.

Vingt minutes avant la fin de l'atelier le rapporteur nous fera part des points principaux sur lesquels il compte mettre l'accent dans sa **synthèse** :

- *constats et acquis principaux de la réflexion,*
- *propositions à poser,*

**ET NOUS L'AIDERONS A TROUVER LES FORMULATIONS LES PLUS ADEQUATES.**

# L'APPROCHE COMMUNAUTAIRE : INTERVENTION PROFESSIONNELLE ET IMPLICATION ACTIVE DES HABITANTS

Synthèse des travaux

S. SCHAPMAN

## Question et enjeu :

- comment impliquer tous les acteurs de la communauté (professionnels des différents secteurs et institutions, associations, habitants non organisés de différents âges), dans une démarche d'étude et/ou d'action visant, sur un site en grande précarité, l'amélioration de la santé et le développement local ?

## Présentation des sites

Trois types d'approche de mises en œuvre et leurs références ont été examinées :

- développement endogène (démarche participative) basée sur la méthodologie IRADIE (Projet régional de Franche-Comté sur l'amélioration de l'état de santé des jeunes en situation de précarité),
- développement social global et promotion de la santé reprenant la méthodologie de santé publique dans une orientation communautaire (Projet de Nîmes),
- partenariat et implication enfants/familles à partir d'un outil pédagogique, la mallette « les amis de mon jardin ».

## Résultats des exposés

**1<sup>er</sup> constat :** une difficulté d'articulation entre un projet régional et un espace d'action communautaire qui porte davantage sur un quartier, un village, une école...

**Démarrage de l'action :** il est inutile et contre-productif de chercher à mobiliser des habitants, s'il n'y a pas de professionnels de proximité formés, motivés ou séduits par une démarche de travail en partenariat avec la population.

**Savoir-faire nécessaires :** ces professionnels doivent être capables d'initier des rencontres avec les habitants, les écouter, les accompagner, et mettre en place des supports pour mettre en œuvre concrètement cette démarche.

**Les supports** sont de simples outils de mobilisation de la population et des acteurs professionnels et institutionnels et de passage à l'action. LA NATURE DU SUPPORT IMPORTE PEU (mallette pédagogique, exposition, théâtre-forum, groupe de musique, atelier d'écriture...).

Toutefois, il semble qu'une enquête de besoins est peu motivante et peu mobilisatrice. Il apparaît plus pertinent de travailler sur le désir des personnes (Challenge). Transformer des challenges en projets permet aux habitants de se prouver quelque chose à eux-mêmes et de se faire reconnaître positivement à l'extérieur du groupe et d'affirmer une identité positive, moins stigmatisée, (l'idée est de pouvoir négocier pour des choses qui motivent et font plaisir, ceci entraîne un changement de perception de soi, de présentation de soi, de prise en compte de soi-même et enfin de sa santé).

En ce qui concerne l'état des lieux, il est préférable de privilégier un état des lieux des partenaires impliqués sur le terrain susceptibles de soutenir le désir des habitants.

En cela, les financeurs devraient accepter de financer des pré-projets qui seraient des lois-cadres matrice du projet. (Quelques grandes lignes qui tracent ce que l'on va entreprendre), et permettraient d'affiner par la suite le projet, après des rencontres avec tous les partenaires (réunion des partenaires, aboutissement à un langage commun favorisant la définition d'un projet et sa mise en œuvre).

Car ce temps préparatoire est long et souvent non-financé ou bâclé alors qu'il est incontournable.

### ***Partenaires***

On peut noter trois types de partenaires :

- partenariat de légitimité : ils sont informés de l'action et lui donnent institutionnellement sa légitimité.
- partenariat de démarche : les partenaires ont un sens commun à l'action : ils peuvent aider et devenir plus impliqués dans le temps.
- partenariat d'action : ce sont les professionnels qui vont accompagner les habitants dans l'action (des chevilles ouvrières).

Le but est de gagner des partenaires d'action.

### ***Le temps***

L'action communautaire demande du temps.

Ex. : une action dans une cité a pris 4 ans (ex. d'IRADIE).

Il y a plusieurs étapes correspondant à autant de variations dans l'attitude de l'habitant :

1. Le quartier est pourri, on ne fait rien
2. Le quartier est pourri, JE ne fais rien
3. Le quartier est pourri, JE pourrai faire quelque chose
4. Le quartier est pourri, JE VAIS faire quelque chose
5. Le quartier N'EST PAS POURRI
6. Le quartier n'est pas pourri, je vais faire quelque chose
7. Le quartier n'est pas pourri, je vais faire quelque chose avec les copains
8. Le quartier n'est pas pourri, il est comme les autres et nous allons le prouver.

Il faut du temps, et pour croire en ses capacités, les reconnaître et passer à l'action.

Ex. de l'E.R.E.A. (projet de Franche-Comté). La première année, les élèves de l'E.R.E.A. n'osent pas prendre la parole, de peur d'être ridicules (manque de confiance en soi).

Puis, ils vont faire le spectacle avec les élèves du lycée général : reprise de confiance, valorisation et ECHANGE. Il a fallu un an d'accompagnement éducatif pour y arriver.

### ***Temps des financeurs/temps des habitants***

On ne peut pas ETHIQUEMENT engager des habitants dans une démarche participative, si on ne pense pas avoir les moyens de soutenir leurs actions.

Les délais de financement des institutions trop longs entraînent une démobilisation des habitants.

De plus, les acteurs ont souvent changé entre temps (professionnels, institutionnels).

Les professionnels doivent « armer » les habitants pour qu'ils aient une autonomie par rapport aux professionnels et aux institutions susceptibles de changer leurs politiques. APPRENTISSAGE D'UNE ADAPTATION A LEUR ENVIRONNEMENT.

### ***Evaluation***

Les institutionnels ne doivent pas exiger des évaluations de résultats en terme de changements de comportements, des évaluations de processus, d'acquisition des compétences et de changements des attitudes.

Il est nécessaire de souligner la situation délicate de certains professionnels de terrain soumis à des injonctions contradictoires : travailler avec les habitants dans un cadre inadapté. Ceci entraîne inévitablement une sclérose, un échec et une démobilisation. Il faut parvenir à développer une cohérence interne des institutions. Il serait intéressant d'étudier les changements institutionnels que provoque le travail participatif avec les habitants.

### **Conclusion**

UN FACTEUR DE REUSSITE : il faut des professionnels motivés.

Il serait utile de capitaliser des expériences antérieures afin de ne pas toujours reproduire des enquêtes de besoins souvent redondantes d'un quartier à un autre, et préférable de partir des DESIRS des habitants du quartier. Ce qui suppose, de la part des professionnels, une méthodologie capable de les identifier, de se saisir des opportunités, de créer l'événement mobilisateur s'il ne se produit pas.

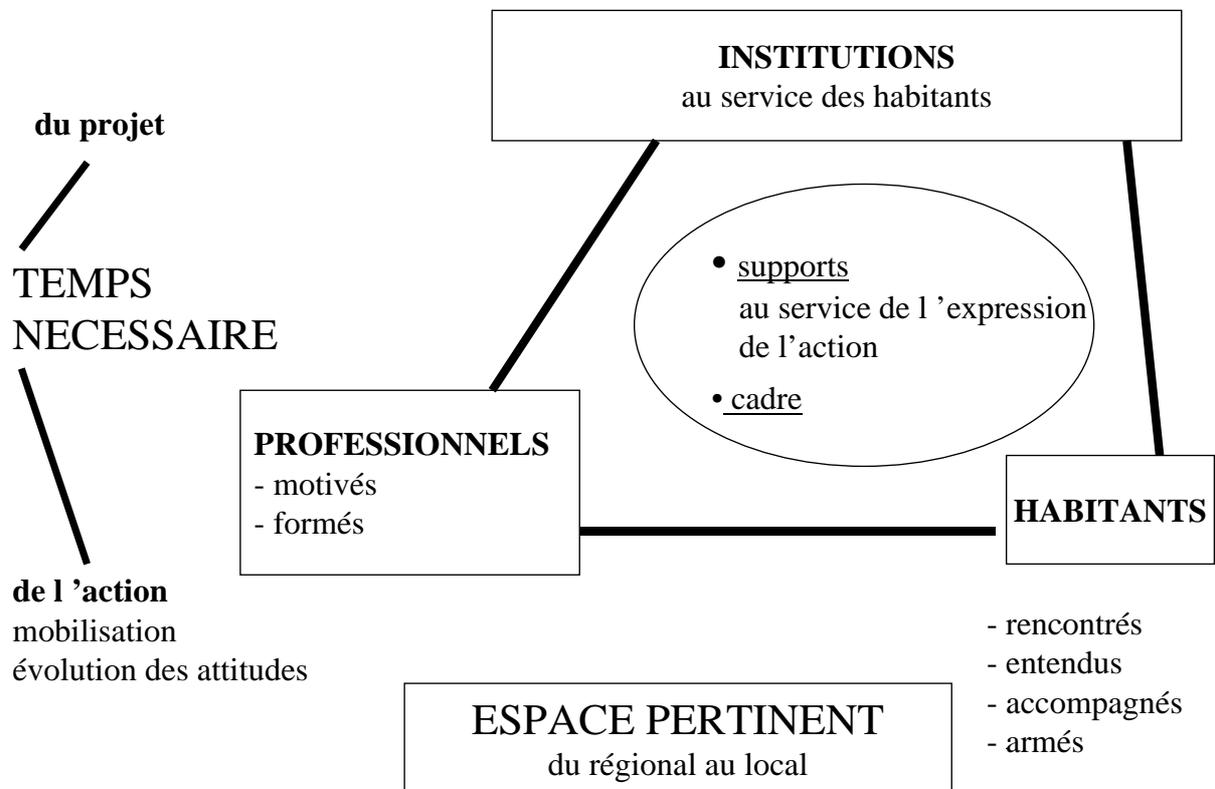
### **Contacts**

Paul Fuchs, Association IRADIE

Loïc Cloart, CRES du Nord-Pas-De-Calais

Jacqueline Conard, CDES du Gard

## Le cadre de l'action communautaire



# **Atelier 6**

## **L'évaluation**

# L'EVALUATION

M. DEPINOY

L'évaluation est souhaitée, voire exigée pour toute intervention de santé publique.

Est-elle toujours faisable ? si oui, comment ?

Comment renforcer notre capacité à évaluer nos programmes ?

Comment mener ces évaluations ?

Le groupe a réfléchi à partir de 3 expériences qui lui ont été présentées :

## **1. Analyse médico-économique de la prise en charge de patients hospitalisés pour sevrage alcoolique en milieu hospitalier (détail de l'action en pages 28-29 du résumé du programme du FISP)**

Cette étude multicentrique est menée dans 4 centres spécialisés hospitaliers, appliquant des prises en charge différenciées. Elle porte sur le suivi d'une cohorte de patients alcoolo-dépendants, répondant à des critères communs d'inclusion. L'étude cherche à mesurer l'efficacité des soins en termes de sevrage et de qualité de vie, ainsi qu'à recueillir des données économiques sur les coûts de ces prises en charge. Ce programme rencontre des difficultés portant principalement sur le nombre de patients inclus, inférieur aux prévisions, et un pourcentage élevé de perdus de vue (le protocole prévoit un suivi de 2 ans à partir du sevrage).

## **2. Evaluation d'une Action auprès des Conducteurs Ayant un Problème d'Alcool EVACAPA (détail de l'action en pages 42-43 du résumé du programme FISP)**

L'étude cherche à évaluer l'impact sur la récurrence d'une intervention auprès des conducteurs ayant un problème d'alcool dans le département du Doubs et faisant l'objet d'une sanction judiciaire. Il s'agit d'une étude randomisée portant sur 3 groupes parallèles, bénéficiant de prises en charge thérapeutiques et éducatives distinctes, avec 2 catégories : personnes traitées et personnes témoins. L'ajournement judiciaire dont bénéficient les personnes acceptant de participer à l'étude, constitue une incitation forte pour l'observance du suivi et a pour conséquence de limiter le problème des perdus de vue. Les premiers résultats provisoires seront publiés en avril 2001.

## **3. Mise en œuvre et évaluation d'actions cherchant à réduire la consommation d'alcool dans 8 cantons de Lorraine (détail de l'action en pages 46-47 du résumé du programme FISP)**

L'objectif principal de ce projet, de type étude-action, est de réduire la consommation globale d'alcool, en particulier au niveau des jeunes et des populations en situation précaire de la région Lorraine. Le projet prévoit d'effectuer dans un premier temps une étude dans 16 cantons en s'inspirant de la méthodologie du baromètre santé ; dans un second temps, des actions seront réalisées dans 8 cantons. L'évaluation sera menée en comparant les résultats observés par rapport aux résultats attendus, entre cantons ayant bénéficié du programme d'actions et les autres cantons ayant valeur de témoin.

D'autres effets seront également évalués concernant notamment la capacité à fédérer les acteurs et les collaborations mises en place entre acteurs de terrain et chercheurs.

Ainsi les méthodologies d'évaluation présentées correspondent à des programmes de travail menés sur plusieurs années (bénéficiant de financements reconductibles) et s'appuyant sur des compétences spécifiques. Cet environnement ne paraît pas aisément reconductible pour tout programme de prévention.

De ces expériences, se dégagent plusieurs enseignements :

- Des questionnements « éternels » restent des préalables pour toute démarche d'évaluation :  
Qu'est ce qu'on évalue ?, avec quels indicateurs ?, avec quelle méthodologie ? mais aussi : à quoi ça sert ?, à qui ça sert ?
- Des informations, parfois inattendues, émergent en cours de programme ; elles méritent d'être traitées car elles enrichissent les indicateurs d'évaluation prévus initialement, en contrepoint du « caractère sec » du recueil des données.
- Des difficultés méthodologiques restent difficiles à résoudre ; l'une d'elles concerne les perdus de vue, dont « les raisons appartiennent au malade et non au programme » ; une mauvaise observance du suivi est l'expression d'un libre choix, notamment pour les personnes en difficulté avec l'alcool qui adoptent une attitude de nomadisme dans un pourcentage élevé de cas ; l'existence d'un écart entre l'offre et la demande de soins est également une cause à évoquer.
- Il est important de s'appuyer sur les compétences disponibles, en favorisant les relations entre chercheurs et acteurs de terrain.
- L'évaluation ne peut être réduite à la mesure des effets, ou des processus ; ainsi l'approche « biomédicale » ne peut suffire et apparaît trop réductrice pour apprécier l'impact d'un programme dans ses différentes composantes.
- L'accent mis sur l'évaluation ne doit pas ignorer la place à donner aux « indicateurs de suivi » d'un programme.
- Il est nécessaire de développer l'évaluation de programmes-pilotes tout en permettant ensuite leur diffusion, sans renouveler systématiquement toute la procédure de travail mise en place initialement, pour en apprécier les résultats.
- La mise en place d'un protocole d'évaluation a un effet sur la qualité du programme de travail car il pousse à formaliser les méthodes d'intervention ; il contribue à faire réfléchir les acteurs sur leurs pratiques professionnelles. Il existe un lien direct entre protocole d'évaluation et démarche de qualité.
- La démarche d'évaluation contribue à fédérer les acteurs.

### **En conclusion**

L'évaluation peut se définir comme une « prise de vue » sur un ensemble d'actions qui s'inscrivent dans une dynamique de changement social ; elle relève d'un processus d'observation au niveau individuel et collectif, impliquant des approches multiples dans des conditions qui ne sont pas celles d'un laboratoire fixant à priori les valeurs des différents paramètres.

Le malentendu serait de vouloir réduire cette problématique à des techniques de mesure « dose-effet » ou « montant des crédits dépensés - variation des comportements » ; elle ne se limite pas à la simple application d'outils contenus dans un guide méthodologique ou un traité de savoir-faire.

Pour autant, l'utilisation de méthodes valides est nécessaire et contribue à la cohérence et à la qualité d'un programme de prévention.

### **Contacts**

Bertrand Nalpas , CHU de Nîmes  
Pascal Gache, CDPA du Doubs.

# **Synthèse**

Etienne ANDRE

# POUR UNE PROMOTION DES ACTIONS DE SANTE PUBLIQUE A TOUS LES NIVEAUX LOCAUX, REGIONAUX, NATIONAUX

ENSEIGNEMENTS TIRES DU FISP II

## SYNTHESE DES JOURNEES DE NOVEMBRE 1999

### E. ANDRE

Tabac, Alcool, Santé-Précarité que de complémentarités et combien de différences : d'une part, deux sujets, le tabac et l'alcool, plutôt thématiques enrichis de nombreux travaux scientifiques, des "XXXXX" validés, un sujet populationnel avec une nécessaire approche globale.

Trois thèmes que FISP II a abordé en 1997 dans des cadres législatifs, réglementaires et des modalités de financements et de suivi différents d'aujourd'hui : plan triennal de la MILDT, loi sur l'exclusion, PRAPS,...

Tris grands sujets prioritaires en santé publique, qui participent au déroulement quotidien de la vie sociale, qui interagissent pour rendre plus difficile l'intégration sociale, la solidarité et la qualité de la vie.

Aussi FISP II doit contribuer à enrichir nos expériences, nos compétences et nos résultats en créant un forum où des propositions concrètes sont suggérées et des concepts sont à approfondir.

#### **Des objectifs opérationnels pour FISP II**

- Soutien et respect des acteurs des programmes financés.
- Respect des processus et de leur évaluation.
- Bon usage des fonds publics.
- Visibilité des programmes.

#### **Des propositions concrètes à développer**

- Mise à disposition de données épidémiologiques locales.
- Accès à une documentation "programme" : améliorer la connaissance des actions réalisées et capitalisation des connaissances.
- Accès à une bibliographie ciblée, priorité de santé publique.
- Organisation dans le temps : savoir se limiter (par exemple 3 ans), savoir se renouveler (pérennisation), aider si possible l'adaptation aux évolutions culturelles, réglementaires, etc.....
- Homogénéiser les processus d'appel d'offre.
- Renforcer la formation au sein des programmes pour capitaliser les enseignements, pour rendre pérenne les initiatives, pour favoriser le décroisement.
- Favoriser des formations qui associent : écoute, interaction, rencontre, évaluation.

#### **Des concepts à approfondir**

##### **1. Des définitions**

- la précarité,
- l'acteur de santé : le juge est un acteur de santé,
- l'éthique,
- les réseaux.

## **2. Une dynamique, un engouement régional**

- un financement national conditionné à une concertation régionale, à un projet régional,
- une capacité à intégrer une initiative locale dans un programme global,
- une multiplicité des partenaires locaux, partenaires-acteurs et partenaires financiers,

## **3. Financement unique ou multifinancement ?**

- complexité et richesse du financement multiple,
- conditionnement réciproque,
- communication forte,
- initiatives multiples,
- concurrence entre des promoteurs.

## **4. La fonction "ressources"**

- peut être un lien mais pas nécessairement,
- un soutien en méthode : de la conception à l'évaluation,
- un soutien rédactionnel,
- une aide à la recherche de partenaires pédagogiques,
- une aide à la recherche de financement.

## **Les problèmes liés à l'évaluation**

"A quoi ça sert, à qui ça sert ?" : (parole dans un atelier).

Ainsi l'évaluation fait peur, paralyse certaines initiatives, le manque de méthode et de rigueur, est considéré comme indicateur d'une possible sanction.

Un rappel : ne réévaluons pas les actions déjà validées, contentons-nous déjà de respecter les règles en définissant l'efficacité.

## **B. Conclusion**

FISP II est un espace de liberté, un terrain indépendant et neutre qui tisse des liens avec les priorités locales et régionales.

FISP confirme s'il en était besoin que les programmes, les idées foisonnent partout en France. Il propose aujourd'hui de mieux organiser le soutien des acteurs de terrain sous toutes les formes possibles (formation, méthode, expertise, ...). Des propositions concrètes sont faites, des questions sont posées tout particulièrement sur la fonction "ressources" et sur le contenu et l'objectif de l'évaluation.

Aujourd'hui, la priorité est d'aider les promoteurs à tirer profit de leurs actions et à pérenniser des initiatives nouvelles ; elle est également de faciliter les décisions de nos autorités de tutelles pour que des programmes comme le FISP trouvent les moyens d'exister.

# **Annuaire**



# **Revue de presse**