

Promotion Santé Grand Est

GLOSSAIRE
en promotion de la santé

Lors de nos accompagnements d'élu·es, d'institutions, d'acteurs et actrices de terrain, nous observons souvent que des concepts utilisés collectivement, et parfois même très couramment, ne sont pas clairement définis, ou encore que les différentes parties prenantes n'en ont pas les mêmes représentations et significations.

Or, les représentations orientent les pratiques professionnelles : vont en dépendre le choix des partenaires avec lesquels collaborer, les stratégies déployées, les objectifs définis, les outils utilisés, les actions menées, et ainsi les résultats obtenus dans le cadre d'un projet ou d'une politique publique.

Aussi, développer une culture commune au sein des équipes et avec les partenaires est essentiel pour collaborer efficacement en vue de l'atteinte d'objectifs communs. Il est nécessaire, avant toute mise en action, de se demander ensemble : **tout le monde autour de la table parle-t-il de la même chose ? avons-nous une définition, une vision partagée sur ce sujet ?**

Dans ce glossaire, nous vous présentons des définitions de différents concepts au prisme de la promotion de la santé. Ce document ne se veut pas exhaustif, il se base sur des concepts recensés dans le cadre de nos appuis aux politiques de ces dernières années. Il présente des définitions existantes et des définitions construites à partir de recherches, principalement dans la littérature scientifique, mais également dans la littérature grise (documents produits par un gouvernement, des institutions, des associations…). Ces définitions sont des **propositions**, et non des dogmes, et elles sont **évolutives**.

Avec le soutien financier de l'ARS Grand Est



GLOSSAIRE
en promotion de la santé

Sommaire

Accompagnement 3
Accueil, écoute, orientation 3
Action communautaire 4
Action de communication, information et/ou sensibilisation 5
Alerte de santé publique 6
Aller-vers 7
Co-construction 9
Compétences psychosociales 11
Consultation 11
Coordination 12
Dépistage 13
Déterminants de la santé 14
Diagnostic partagé 15
Documentation 16
Education pour la santé 16
Empowerment 17
Etude 18
Exclusion sociale 18
Formation 19
Gradient social de santé 19
Hébergement 20
Inégalités sociales et territoriales de santé 21
Innovation 21
Interdisciplinarité 22
Littératie en santé 23
Logement accompagné 25
Logement autonome 26
Médiation en santé 26
Mise à l'abri 28
Parcours 29
Participation 32
Pauvreté 34
Précarité 36
Prévention 36
Prise en charge médicale 38
Prise en charge sociale 39
Production, analyse ou valorisation d'outil 40
Promotion de la santé 41
Recherche 42
Représentation 43
Santé 44
Soins 45
Soutien aux équipes 45
Surveillance en santé publique 46
Travail en réseau 47
Universalisme proportionné 48
Veille 49
Vigilance 51

Utilisation et reproduction : Promotion Santé Grand Est autorise l'utilisation et la reproduction du contenu de ce document, sous réserve de la mention de la source.
Citation proposée : Promotion Santé Grand Est, Glossaire en promotion de la santé. Laxou : Promotion Santé Grand Est ; 2024. 52 p.
Illustration : Canva

Promotion Santé Grand Est

Accompagnement

L'accompagnement est défini comme le fait de « *se joindre à quelqu'un (dimension relationnelle), pour aller où il va (dimension temporelle et opérationnelle), en même temps que lui : à son rythme, à sa mesure, à sa portée* » (Paul, 2009a, p.95). Comme le soulignent Lafranchise et ses collaborateurs (2015), cette définition laisse sous-entendre que la personne accompagnatrice doit partir des besoins de la personne accompagnée, sur la base d'objectifs et de moyens partagés. La notion d'accompagnement suggère que la personne accompagnatrice ne soit pas celle placée au premier plan, sans pour autant être secondaire dans le cheminement de la personne accompagnée (Paul, 2009a). L'accompagnement se déploie dans un rapport symétrique et partenarial, et où les capacités et le potentiel de celui ou celle qui bénéficie de l'accompagnement sont reconnus (Paul, 2009b). Il renvoie également aux notions d'engagement mutuel, de coopération et de dialogue. De plus, l'accompagnement survient lors d'une phase de transition chez la personne accompagnée. Il a donc un début et une fin. Enfin, l'accompagnement suppose un suivi et une continuité.

Sources

Lafranchise, N., Paquet, M. & Gagné, M.-J. (2015). L'accompagnement : une posture à adopter et une compétence à développer chez l'animateur de groupe de codéveloppement. Numéro thématique de l'AQCP, 1(2), 1-7.

Paul, M. (2009a). Accompagnement. Recherche & formation, 62(3), 91-108.

Paul, M. (2009b). L'accompagnement dans le champ professionnel. Savoirs, 20(2), 11-63.

Accueil, écoute, orientation

Ce type d'action consiste à recevoir de façon inconditionnelle, gratuite et immédiate les personnes usagères selon le principe de libre adhésion/choix (sans contrainte) (Wicht, 2013), et garantir un espace et un temps d'écoute confidentiel leur permettant d'exprimer leurs besoins, leur souffrance ou leurs difficultés (Canler, 2013). Cela permet une évaluation globale de la situation et de cibler les attentes et besoins des personnes usagères (Bellucci, 2012 ; Brassat, 2002), et ainsi de les orienter vers les professionnel·les et dispositifs adaptés selon les besoins spécifiques identifiés. Il ne s'agit pas d'une intervention sociale ou médicale mais d'un **relais entre la personne usagère et les dispositifs de droit commun** (Circulaire DGS-DGAS n° 2002/145).

Exemple : ligne d'écoute, Point Accueil Ecoute Jeunes (PAEJ)…

Sources

Bellucci, S. (2012). INAVEM : un parcours professionnel d'écoute et d'aide aux victimes. *Rivista di Criminologia, Vittimologia e Sicurezza, 6*(2), 66-81.

Brassat, J.L. (2002). Accueillir des adolescents en urgence. *Enfances & Psy, 18*(2), 1-76.

Canler, J.C. (2013*). Les dispositifs d'accueil, d'écoute et d'accompagnement des adolescents en souffrance : freins et leviers à la mise en œuvre d'une approche globale en Bretagne* [thèse de doctorat, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique].

Circulaire DGS-DGAS n° 2002/145 relative à la mise en œuvre d'un dispositif unifié des points d'accueil et d'écoute jeunes (2002, 12 mars). En ligne : https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-13/a0131261.htm

Wicht, L. (dir.). (2013). À propos de l'accueil libre : Mutualisation et tentative de définition d'une pratique fondamentale du travail social auprès des jeunes. Éditions ies.

Action communautaire

« *Une action de santé sera dite communautaire lorsqu'elle concerne une communauté qui reprend à son compte la problématique engagée, que celle-ci émane d'experts ou non, internes ou externes à la communauté* » (Institut Renaudot, 2017). Elle implique la **mobilisation et la participation active des membres de la communauté à toutes les étapes du projet** (Saïas, 2009 ; Tessier et al. 2004). Ceux-ci « *réfléchissent en commun sur leurs problèmes de santé, expriment leurs besoins prioritaires et participent activement à la mise en place, au déroulement et à l'évaluation des actions les plus aptes à répondre à ces priorités* » (Hamel, 2009, p.34). Il ne s'agit donc pas simplement d'une action collective.

La notion de « communauté » est principalement empruntée à des travaux d'origine anglo-saxonne. Certaines confusions entourent parfois cette notion, laissant à penser que l'approche communautaire en santé vise à défendre les intérêts spécifiques d'un groupe de population donnée concerné par des caractéristiques communes, apparentant la notion à celle de « communautarisme », et conduisant *in fine* des auteurs à ne pas la mobiliser dans les travaux sur la participation (Ischer, Saas, 2019).
D'autres auteurs précisent à l'inverse se rattacher à une vision de l'approche communautaire centrée sur *« l'intérêt et la participation de toutes les personnes concernées sur un territoire* » (Bantuelle et al., 2013). L'OMS définit la « communauté « *en prenant en compte les éléments de différenciation suivant : une zone géographique commune, le partage d'une histoire, d'une culture, de valeurs et de*

normes, un groupe d'individus, des conditions spécifiques d'organisation et de cohésions sociales » (*ibid*, p. 18).

Une action communautaire s'appuie sur les points forts de la communauté et vise à promouvoir la santé par la mise en place d'environnements de qualité (Saïas, 2009 ; Shankand et al. 2009 ; Hills et al. 2004).

Sources

Bantuelle M., Mouyart P. (2013). Action communautaire en santé. Un outil pour la pratique. Fédération des maisons médicales Santé Communauté Participation (SACOPAR), Centre local de promotion de la santé de Charleroi-Thuin, (CLPSCT).

Hamel, E. (2009*). Comment améliorer la qualité de vos actions en promotion de la santé ? Guide d'autoévaluation construit par et pour des associations*. Inpes.

Hills, M.D., Carroll, S., & O'Neill M. (2004). Vers un modèle d'évaluation de l'efficacité des interventions communautaires en promotion de la santé : compte-rendu de quelques développements Nord-américains récents. *Promotion & Education, Supp. 1*, 17-21.

Institut Renaudot (2017). Périnatalité : Agir avec les femmes. *Les cahiers de l'institut Renaudot, 1*, 1-33. En ligne : https://www.institut-renaudot.fr/wp-content/uploads/2022/11/Cahier-12.pdf

Ischer, P., & Saas, C. (2019). La participation en matière de promotion de la santé. Document de travail 48. Promotion Santé Suisse.

Saïas, T. (2009). La psychologie communautaire : une discipline. *Le Journal des psychologues, 271*(8), 18-21. En ligne : https://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2009-8-page-18.htm

Shankand, R., Saïas, T., & Friboulet, D. (2009). De la prévention à la promotion de la santé : intérêt de l'approche communautaire. *Pratiques Psychologiques, 15*(1), 65–76.

Tessier, S., Andres, J.B., & Ribeiro, M.A. (2004). *Santé publique, santé communautaire*. Maloine.

Action de communication, information et/ou sensibilisation

Une action de communication, d'information et de sensibilisation consiste à transmettre un message clair et intelligible auprès d'une population globale ou ciblée, selon différentes modalités (oral, écrit, audio-visuel) (Cecchi, 2008), afin d'améliorer les connaissances sur une problématique donnée et les moyens d'agir dessus (Godin, 1991), ainsi que de favoriser une prise de conscience et une réflexion.

Dans le domaine de la prévention, certaines études ont montré que ce type d'action peut renforcer les inégalités sociales de santé. Les campagnes d'information ont tendance à moins profiter aux groupes sociaux les plus défavorisés (en termes de niveau de diplôme ou de revenu notamment). Ceci s'explique en partie du fait de conditions de vie et de précarité qui conduisent à reléguer la santé au second plan et à réduire la réceptivité aux messages de ces campagnes ; ou encore par des difficultés éprouvées plus importantes à se projeter dans l'avenir (Peretti-Watel et al., 2013). Par ailleurs, des recherches en sciences du comportement ont montré l'absence de lien automatique entre les connaissances délivrées par les actions d'information et le comportement (O'Neill, 2004). L'information change les cognitions, mais pas les comportements sur le long terme.

Ces résultats suggèrent que les actions de communication et d'information doivent s'accompagner de stratégies complémentaires permettant notamment le renforcement du pouvoir d'agir des individus et des populations. Le pouvoir d'agir, ou empowerment, se caractérise par le développement de la capacité des individus à acquérir du pouvoir socialement, politiquement, économiquement et psychologiquement.

Sources

Cecchi, C. (2008). La place de l'information dans la décision en santé publique. *Santé Publique, 20*(4), 387-394.

Godin, G. (1991). L'éducation pour la santé : les fondements psycho-sociaux de la définition des messages éducatifs. *Sciences sociales et santé, 9*(1), 67-94.

O'Neill, M. (2004). Le débat international sur l'efficacité de la promotion de la santé : d'où vient-il et pourquoi est-il si important? 1. Promotion & education, 11(1_suppl), 6-10.

Peretti-Watel, P., L'haridon, O., & Seror, V. (2013). Time preferences, socioeconomic status and smokers' behaviour, attitudes and risk awareness. The European Journal of Public Health, 23(5), 783-788.

Alerte de santé publique

Une alerte est un signal validé pour lequel il est confirmé après évaluation du risque (probabilité d'occurrence, portée, gravité, réponses possibles…), que l'événement signalé constitue une menace pour la santé de la population et qu'il nécessite une réponse adaptée (Desenclos, 2019). Un signal désigne un évènement de santé pouvant révéler une menace pour la santé publique. Il peut être quantitatif (ex. modification d'un indicateur produit par un système de surveillance) ou qualitatif

(ex. signalement par un professionnel de santé d'une exposition inhabituelle d'une population à un agent potentiellement dangereux) (Desenclos & Brücker, 2016).

Suite au déclenchement de l'alerte auprès des autorités compétentes, l'organisation de la réponse peut être initiée. Celle-ci se caractérise par deux démarches simultanées :

- L'investigation complémentaire, visant à décrire et analyser le plus précisément possible la situation, afin de définir les mesures de gestion appropriées et de les adapter tout au long du processus ;
- La mise en œuvre de mesures de gestion de l'événement pour en réduire son impact sur la santé des populations.

Sources

Desenclos, J.C. (2019). Les acteurs de l'alerte. *Actualité et Dossier en Santé Publique, 106*, 22-35. https://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=168

Desenclos, J.C. & Brücker, G. (2016). 11. Surveillance. Dans : François Bourdillon éd., *Traité de santé publique* (pp. 79-94). Lavoisier.

Aller-vers

L'aller-vers est une « *démarche qui se situe au-delà de toute intervention sociale, qu'elle soit d'accueil, de diagnostic, de prescription, d'accompagnement. Cette démarche rompt avec l'idée que l'intervention sociale ferait systématiquement suite à une demande exprimée. Elle permet d'intégrer dans les pratiques les situations de non-demande de certains publics (pas seulement des personnes vulnérables) et engage les acteurs à se situer dans une pratique pro-active, pour entrer en relation avec ces publics* » (Warin, 2016).

Ainsi, l'aller-vers comporte deux dimensions :

- Le déplacement "hors les murs" : physique, mais aussi virtuel
- La posture relationnelle : ouverture vers la personne dans sa globalité, sans jugement

Par conséquent, si l'aller-vers peut impliquer de se rendre sur les lieux dans lesquelles les personnes évoluent, « *c'est le lien qui prime finalement, quel que soit le lieu* » (Avenel, 2021). Le cœur de l'aller-vers se situe dans le changement de posture professionnelle. Il s'agit d'une démarche proactive dans laquelle le ou la professionnelle cherche à aller à la rencontre et initier la relation avec la personne, à l'inverse du schéma 'classique' où il ou elle laisse venir la personne et attend d'être

sollicité·e (Robert, 2020). L'objet de l'accompagnement devient donc la mise en relation et le développement d'un rapport de confiance, qui permettra pour la personne de passer d'une situation de non-demande à l'émergence et la formulation d'une demande. La demande n'est plus à l'origine de l'intervention, c'est au contraire la non-demande qui justifie la nécessité d'aller vers. C'est en cela que cette démarche permet de lutter contre l'isolement, le repli sur soi, ainsi que le non-recours et le renoncement aux droits et aux soins.

Cela soulève toutefois des questionnements éthiques : comment aller-vers une personne qui ne demande rien ? comment respecter son libre arbitre, ses choix, malgré une situation nécessitant incontestablement, voire urgemment, une intervention ? C'est toute la subtilité de l'aller-vers : se rendre disponible et se mettre en lien sans s'imposer. Cette démarche consiste, une fois le lien établi, à évaluer la situation avec la personne, sans se substituer à elle, à identifier avec elle les stratégies et les ressources disponibles, et ainsi renforcer son autonomie et sa capacité à faire des choix par elle-même (Baillergeau & Grymonprez, 2020). Il ne s'agit pas de « faire pour », mais « faire avec » la personne : ses ressources, ses capacités, ses représentations, ses besoins… Cela nécessite une prise en compte de la personne dans sa globalité. Ce dernier aspect implique également d'« aller vers » les partenaires (santé, logement, insertion professionnelle…), pour apporter des réponses complémentaires et coordonnées à la demande qui aura émergé.

D'autre part, la création et le maintien d'une relation de confiance demande du temps, de la régularité, de la constance (Adloff, 2018). Ce temps nécessaire peut entrer en tension avec les temporalités institutionnelles et professionnelles (législation, administratif, délais d'attente, durée d'accompagnement limitée…), ainsi qu'avec l'urgence de la situation de la personne. L'aller-vers doit concilier au mieux ces temporalités avec celle, singulière, de la personne (Bouquet, 2011). Cela implique de sortir d'une logique de dispositifs limités dans le temps et d'une approche strictement comptable, avec des objectifs imposés qui, pour être tenus, renforcent l'exclusion des personnes les plus vulnérables. Par conséquent, l'aller-vers est une démarche qui concerne certes les pratiques professionnelles, mais également les stratégies institutionnelles. Elle est déterminée par les possibilités concrètes de sa mise en œuvre sur le terrain, et implique donc des changements institutionnels et structurels permettant aux professionnel·les d'être en capacité d'opérer le changement de posture pour aller vers (inscription dans le projet politique, moyens alloués, formation professionnelle…).

Sources

Adloff, C. (2018). « Aller vers » pour lier avec les personnes à la marge. *VST - Vie sociale et traitements, 139*, 5-12.

Avenel, C. (2021). L'Aller-vers au cœur des mutations du travail social. *Revue de droit sanitaire et social (RDSS), 4*, 713-727

Baillergeau, É. & Grymonprez, H. (2020). « Aller-vers » les situations de grande marginalité sociale, les effets sociaux d'un champ de pratiques sociales. *Revue française des affaires sociales, 2*, 117-136.

Bouquet, B. (2011). Le temps et les temporalités à défendre dans les politiques sociales et l'intervention sociale. *Vie sociale, 4*, 175-183.

Robert, S. (2020). *Santé et recours aux soins des jeunes en insertion socio-professionnelle : une recherche interventionnelle multicentrique* [thèse de doctorat]. Sorbonne Université.

Warin, P. (2016). *Le non-recours aux politiques sociales*. Presses universitaires de Grenoble.

Co-construction

La co-construction est un processus coopératif, volontaire et formalisé, dans lequel une pluralité d'acteurs pouvant avoir des intérêts et des points de vue différents travaillent ensemble pour l'élaboration, le suivi et l'évaluation d'un projet, d'une politique, d'une action, d'un dispositif… La co-construction peut concerner divers types d'acteurs, mais sa force réside dans la participation des populations concernées et celle des acteurs de la société civile, qui figurent d'ordinaire parmi les destinataires d'actions engagées par des autorités compétentes et se trouvent ainsi réinvestis de la capacité d'intervenir sur la définition de ces actions au même titre que les autorités (Akrich, 2013 ; Foudriat, 2016). La participation des différents acteurs est ouverte et organisée, elle ne se fait pas à leur insu.

La co-construction est un processus délibératif : cela suppose l'existence d'interfaces, d'espaces de réflexion, débats, médiation et délibération pour réfléchir ensemble aux politiques, stratégies et actions à mettre en œuvre pour atteindre un objectif commun donné (Vaillancourt, 2016). Il ne s'agit pas d'une simple consultation ou concertation, la co-construction implique une dimension décisionnelle. Certains auteurs considèrent que la co-construction se distingue nettement de la conception 'décisionniste' de la politique participative, où l'arbitrage final revient aux institutions, à la direction… (Fraisse, 2018). D'autres affirment que l'asymétrie préexistante dans les rôles dévolus aux uns et aux autres ne peut qu'être atténuée dans le cadre d'une démarche de co-construction

(Vaillancourt, 2019). Dans les faits, les politiques et/ou porteurs du projet restent les maîtres d'œuvre de la co-construction : ils en dictent l'existence, la temporalité, l'organisation, les moyens qui y sont alloués, et vont souvent avoir 'le dernier mot' dans la prise de décision finale, sur la base du postulat « qui paie, décide ». Ainsi, le montant et la répartition du financement de la politique ou du projet concerné sont rarement discutés, bien qu'ils puissent faire l'objet de décisions communes, voire d'une gestion partagée entre les acteurs. La nature décisionnelle, et non seulement concertative, de la participation des acteurs reste toutefois au cœur de la co-construction. Par conséquent, la question de l'étendue de la co-décision voire de la co-gestion de la politique, de l'action… nécessite d'être posée, discutée et statuée au commencement de toute démarche de co-construction.

La co-construction implique une relative complémentarité et continuité dans les compétences et les rôles des acteurs impliqués. Elle « *doit aussi intégrer une co-construction de savoirs, des connaissances et des représentations communes entre parties prenantes* » (Fraisse, 2018). Il est essentiel d'outiller l'ensemble des parties prenantes (professionnel·les, institutionnel·les, citoyen·nes…) sur les démarches de co-construction et de transversalité, les compétences et méthodes permettant de co-construire efficacement. Il faut accompagner les professionnel·les et institutionnel·les afin qu'ils ne se sentent pas dépossédés de leur légitimité et expertise. Les populations impliquées, quant à elle, doivent pouvoir prendre mesure de leur propre légitimité à co-construire avec les autres acteurs, et comprendre leur rôle et les attentes à leur égard, ainsi que les attentes qu'elles-mêmes peuvent avoir vis-à-vis de cette démarche.

La co-construction a généralement lieu à l'étape de la conception du projet, mais des décisions doivent être prises à toutes les étapes du projet ou de la politique : dans la mise en œuvre, le suivi, l'évaluation, la communication, la reconduite… Chacune de ces étapes peut donc être une opportunité de co-construction (Vaillancourt, 2016).

Sources

Akrich, M. (2013). Co-construction. Dans Casillp I. avec Barbier R., Blondiaux L., Chateauraynaud F., Fourniau J-M., Lefebvre R., Neveu C. et Salles D. (dir.), *Dictionnaire critique et interdisciplinaire de la participation*. GIS Démocratie et Participation.

Foudriat, M. (2016), *La co-construction : Une alternative managériale*. Presses de l'EHESP, coll. Politiques et interventions sociales.

Fraisse, L. (2017). Co-construire l'action publique : Apports et limites des politiques locales de l'Économie sociale et solidaire en France*. Politiques et Management Public, 34*(1-2), 105-120.

Fraisse, L. (2018). *La co-construction de l'action publique : définitions, enjeux, discours et pratiques.* Fondation Maison des Sciences de l'Homme.

Vaillancourt, Y. (2016). *La co-construction des politiques publiques*. [Conférence]. Polanyi International Seminar. Societies in transition: Social and solidarity economy, the commons, public action and livelihood. Paris, CNAM.

Vaillancourt, Y. (2019). De la co-construction des connaissances et des politiques publiques. *SociologieS*.

Compétences psychosociales

Santé publique France définit les compétences psychosociales comme un « *ensemble cohérent et inter-relié de capacités psychologiques (cognitives, émotionnelles et sociales), impliquant des connaissances, des processus intrapsychiques et des comportements spécifiques, qui permettent de renforcer le pouvoir d'agir (empowerment), de maintenir un état de bien-être psychique, de favoriser un fonctionnel optimal et de développer des interactions constructives* » (Santé Publique France, 2022, p. 23).

Les compétences psychosociales sont déterminées par différents facteurs : individuels, sociaux et environnementaux. Ainsi, il s'agit certes de développer les compétences individuelles, mais également d'**agir sur l'environnement social et physique des individus,** dans tous les milieux de leur vie, afin qu'ils puissent exercer pleinement ces compétences et capacités d'action.

Sources

Santé Publique France (2022). *Les compétences psychosociales : état des connaissances spécifiques et théoriques. Rapport complet.* Santé Publique France.

Consultation

Une consultation est un processus interactionnel au cours duquel un·e professionnel·le offre son expertise à un individu, seul ou accompagné, qui sollicite une aide afin de résoudre ou atténuer un problème affectant sa santé et qualité de vie (Forsyth et al., 2002 ; Haute Autorité de Santé & Association des Diététiciens de Langue Française, 2006). Cela concerne notamment les professionnel·les de domaines médicaux ou paramédicaux, tels que des médecins, infirmier·es, psychologues, diététicien·nes, kinésithérapeutes…

La consultation est basée sur un dialogue bidirectionnel permettant le développement d'un lien de confiance. La relation entre les deux parties n'est pas hiérarchique (Forsyth et al., 2002 ; Hin, 2023), puisque celles-ci travaillent ensemble pour améliorer la santé de la personne, dans une optique de « coproduction » (Usherwood, 1999 cité par Hin, 2023). Toutefois, des études montrent des pratiques différenciées dans les relations entre professionnels de santé (et notamment les professionnels du soin) et patients/usagers selon la catégorie sociale d'appartenance. Le discours sur la santé et le traitement à suivre est par exemple davantage explicité à des catégories de cadres qu'à des catégories d'ouvriers. Ceci s'explique par des facteurs dépassant la simple relation individuelle, qui s'imbrique dans des rapports et des déterminants sociaux plus large (Fainzang, 2006).

Après une évaluation initiale de la situation, la consultation vise à mettre en place une stratégie d'intervention pour répondre aux besoins exprimés et constatés. Cela implique la négociation entre individu et professionnel·le d'objectifs et d'actions à mettre en œuvre, qui pourront être évalués et réajustés tout au long du suivi réalisé. Le cycle de consultations s'achève par une évaluation globale des résultats au vu de la demande initiale et la définition des éventuelles suites à donner (Haute Autorité de Santé & Association des Diététiciens de Langue Française, 2006).

Sources

Fainzang, S. (2006). Sylvie Fainzang, La relation médecins-malades: information et mensonge. Paris, Presses Universitaires de France, 2006, 159 pages. Face à face. Regards sur la santé, (9).

Forsyth, D. M., Rhudy, L., & Johnson, L. M. (2002). The consultation role of a nurse educator. *Journal of continuing education in nursing, 33*(5), 197–202.

Haute Autorité de Santé (HAS) & Association des Diététiciens de Langue Française (ADLF) (2006). *Recommandations pour la pratique clinique : La consultation diététique réalisée par un diététicien.* Haute Autorité de Santé.

Hin A. N. C. (2023). La consultation : Retour vers le futur ? *Canadian Family Physician, 69*(5), 319–323.

Usherwood, T. (1999). *Understanding the consultation: evidence, theory and practice.* Open University Press.

Coordination

La coordination consiste à mettre en place une organisation autour d'un projet partagé entre acteurs pour articuler l'ensemble des actions, des moyens humains et matériels. Elle implique un décloisonnement des frontières administratives et des

cultures entre les professionnel·les (rencontres, interconnaissances, etc), que ce soit au sein ou entre les services, structures et secteurs du champ sanitaire, médico-social, social, éducatif, institutionnel, judiciaire… (Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales, 2016).

Elle a pour objectif de garantir l'accessibilité, la qualité, la complémentarité et la continuité des actions, des politiques, des prises en charge, des accompagnements… (Code de l'action sociale et des familles, 2015 ; Code de la santé publique, 2019).

Sources

Code de la santé publique, Article L. 1411-1 (27 juillet 2019). En ligne : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038886152

Code de l'action sociale et des familles, Article L. 312-7 (28 décembre 2015). En ligne : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031727823

Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (2016, janvier). *Parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie : Pour une prise en charge adaptée des patients et usagers. Lexique des parcours de A à Z.* En ligne : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/2016-01-11_lexique_vf.pdf

Dépistage

« Le dépistage […] est la détection précoce d'une anomalie inapparente, dans le but de la prendre en charge tôt et, ainsi, éviter ou atténuer ses conséquences négatives » (Mathoulin-Pélissier & Penel, 2019). L'anomalie peut être une maladie, un trouble (exemple : anxiété) ou une situation problématique (exemple : violences intrafamiliales). Un dépistage peut être individuel ou collectif.

Exemple : dépistage organisé du cancer du sein, dépistage systématique des violences conjugales

Sources

Mathoulin-Pélissier, S. & Penel, N. (2019). Les mots du dépistage des cancers. *Bulletin du cancer, 106*(7-8), 608-614.

Déterminants de la santé

Les déterminants de la santé sont l'ensemble des facteurs personnels, environnementaux ou sociaux influençant directement ou indirectement la santé d'une personne. Celle-ci ne découle pas uniquement de facteurs biologiques ou génétiques ainsi que des comportements de l'individu, mais dépend également de l'environnement physique et social dans lequel il évolue.

Les déterminants de la santé recouvrent ainsi (Dahlgren & Whitehead, 1991) :

- Les caractéristiques biologiques des individus
- Les comportements et modes de vie personnels
- Les conditions économiques, culturelles et sociales des individus (exemple : niveau d'études, emploi, revenu, patrimoine familial, insécurité alimentaire…)
- L'influence des groupes sociaux et les communautés dans lesquelles les individus s'inscrivent
- Les facteurs liés aux conditions de vie et de travail, à l'accès aux services essentiels (exemple : offre alimentaire, éducation, logement, services de santé, aménagement du quartier, qualité de l'air…)
- Les conditions économiques, culturelles et environnementales qui prévalent dans l'ensemble de la société (exemple : gouvernance du pays, politiques publiques, législation, progrès scientifique, innovations technologiques…).

L'inégale répartition de ces différents déterminants au sein de la population explique les inégalités sociales et territoriales de santé observées (Graham, 2004 ; Pearce et al., 2019).

Sources

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

Graham H. (2004). Social determinants and their unequal distribution: clarifying policy understandings. *The Milbank quarterly*, *82*(1), 101–124.

Pearce, A., Dundas, R., Whitehead, M., & Taylor-Robinson, D. (2019). Pathways to inequalities in child health. *Archives of disease in childhood, 104*(10), 998–1003.

Diagnostic partagé

« Etat des lieux, diagnostic, analyse de la situation, quel qu'en soit l'intitulé, il s'agit d'une phase de connaissance, d'observation et de recueil de données. » (Cres Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2010 dans Ireps Lorraine, 2012). A l'échelle d'un territoire, d'une structure et/ou d'une population définie, le diagnostic consiste à mettre en évidence, de façon concertée, les problématiques, les réponses existantes, leurs forces et faiblesses, les enjeux sociaux, sanitaires, économiques, environnementaux dans un contexte donné (Délégation interministérielle à l'aménagement du territoire et à l'action régionale, 2007).

La confrontation des **données objectivées** qui peuvent être recueillies (données de la littérature, données socio-démographiques, rapports effectués sur le territoire ou au sein de la structure…), des **demandes exprimées** par la population, des **besoins observés** par les professionnel·les ou l'entourage du public et des **réponses existantes** sur la structure ou le territoire apporte des indications sur l'existence ou non de problèmes collectifs ainsi que sur la manière dont ils sont perçus par les individus.

Le diagnostic permet donc d'éclairer une réalité à un moment donné et ainsi d'assurer la cohérence du projet avec le contexte dans lequel il s'inscrit. Il alimente ainsi la prise de décision et aide à l'élaboration de stratégies (Paturel & Simon, 2011).

Sources

Comité Régional d'Education pour la Santé (Cres) de Provence-Alpes-Côte d'Azur (2010). Méthodologie et évaluation d'actions ou de programmes de santé publique [CD-ROM].

Délégation interministérielle à l'aménagement du territoire et à l'action régionale (DATAR) (2007). La Prospective territoriale.

Ireps Lorraine (2012). La démarche de projet et ses critères de qualité. En ligne : https://www.ireps-grandest.fr/images/Nos_productions/guide_pourleweb.pdf

Paturel, D., & Simon, A. (2011). Projets de développement des territoires et participation des habitants : le diagnostic partagé, outil méthodologique via l'intermédiation sociale. *Pensée plurielle, 28*(3), 79-92. En ligne : https://www.cairn.info/revue-pensee-plurielle-2011-3-page-79.htm

Documentation

La documentation vise à identifier, collecter, organiser, traiter et mettre à disposition des ressources documentaires sur un sujet donné, apportant une réponse à une demande d'information. Ainsi, il ne s'agit pas simplement de fournir des ressources, mais bien de s'assurer que celles-ci entrent en adéquation avec les besoins de la personne utilisatrice, de les lui rendre accessibles et de l'accompagner dans leur usage si nécessaire (Guzman & Verstappen, 2001 ; Le Deuff, 2014).

Ces ressources documentaires peuvent prendre diverses formes :

- Ressources bibliographiques : articles, ouvrages, revues…
- Outil de recherche : bases de données
- Supports de communication : affiches, brochures, spot vidéo…
- Produits documentaires : veille documentaire, bibliographie, dossier thématique…
- Outils d'intervention en santé publique, éducation pour la santé et promotion de la santé.

Sources

Guzman, M., & Verstappen, B. (2001). *Série sur la surveillance et la documentation des Droits de l'Homme, volume 2 : Qu'est-ce que la documentation ?* Human Rights Information and Documentation Systems (HURIDOCS).

Le Deuff, O. (2014). *La documentation dans le numérique.* Presses de l'Enssib. En ligne : http://books.openedition.org/pressesenssib/2601

Education pour la santé

« L'éducation pour la santé doit permettre de placer les personnes en situation de comprendre ce qui influence leurs comportements, de gérer des motivations contradictoires, de développer leurs capacités d'écoute, de réflexion et d'analyse, et de faire les choix qu'ils jugeront bons pour eux-mêmes ou pour la collectivité » (Pommier & Ferron, 2013). *« [Elle] ne remplit pleinement sa fonction que si elle encourage les gens à participer et à choisir eux-mêmes, développant ainsi leur autonomie et leur pouvoir d'agir. Ainsi, ce n'est pas faire de l'éducation pour la santé que dire simplement d'adopter un comportement favorable à la santé. »* (Organisation Mondiale de la Santé, 1990).

L'éducation pour la santé vise donc **le développement des savoirs, savoir-faire, savoir-être et pouvoir-faire** des individus et des collectivités (Gueguen et al., 2010). Elle repose sur les besoins exprimés par la population.

Sources

Gueguen, J., Fauvel, G., Luhmann, N., & Bouchon, M. (2010*). Education pour la santé : Guide pratique pour les projets de santé.* Médecin du monde.

Organisation Mondiale de la Santé (1990). *Manuel d'éducation pour la santé dans l'optique des soins de santé primaires.* OMS.

Pommier, J., & Ferron, C. (2013). La promotion de la santé, enfin ? L'évolution du champ de l'éducation pour la santé au cours des dix dernières années. *Santé Publique, 2*, 111-118.

Empowerment

L'empowerment désigne le renforcement du pouvoir d'agir des individus, communautés et organisations, acquérant la maîtrise de leur vie et des questions qui les concernent, afin d'accroître l'équité et d'améliorer leur qualité de vie (Wallerstein, 2006).

L'empowerment individuel s'opère sur quatre plans : la participation, les compétences, l'estime de soi et la conscience critique (Ninacs, 2002).

- La participation se manifeste par une progression qui évolue d'une assistance muette à l'exercice d'un droit de parole (incluant le droit de la refuser), suivi par celui de se faire entendre et culminant par le droit de participer aux décisions ;
- Les compétences comprennent les connaissances et les habiletés permettant, d'une part, la participation et, d'autre part, l'exécution de l'action, et elles peuvent se traduire tant par l'acquisition de nouvelles compétences que par la réévaluation de celles déjà possédées ;
- L'estime de soi mène l'individu à se percevoir comme possédant une capacité d'agir lui permettant d'atteindre des objectifs personnels ou collectifs ;
- La conscience critique correspond au développement d'une conscience collective (l'individu n'est pas seul à avoir un problème), d'une conscience sociale, qui permet à l'individu de réduire son sentiment de culpabilité en comprenant que ses problèmes (individuels ou collectifs) sont influencés par la façon dont la société est organisée.

Sources

Ninacs, W.A. (2002). Types et processus d'empowerment dans les initiatives de développement économique communautaire au Québec. Thèse de doctorat, Université de Laval, Québec.

Wallerstein, N. (2006). *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health ?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report). [Traduction française par l'Ireps Bretagne (2009).]

Etude

Une étude est un type de recherche dont l'élaboration de la problématique et l'interprétation des données ne s'appuient pas nécessairement sur des théories reconnues et actuelles, et n'intégrant pas toujours une démarche de critique et réflexivité sur ses sources, ses méthodes… (Beillerot, 1991). « *Il s'agit davantage d'un savoir contextualisé à visée opérationnelle* » (Amare & Valran, 2017).

Sources

Amare, S., & Valran, M. (2017). Entre Études et recherches. *Forum, Hors-série*(4), 88-89.

Beillerot, J. (1991). La « recherche », essai d'analyse. *Recherche & Formation, 9*, 17-31. En ligne : https://www.persee.fr/doc/refor_0988-1824_1991_num_9_1_1040

Exclusion sociale

« *Une personne est socialement exclue si :*

- *elle réside géographiquement dans une société,*
- *ne peut participer aux activités normales de cette société,*
- *et voudrait y participer mais en est empêchée par des facteurs hors de son contrôle.*

Par "activité normale", sont entendues la consommation, la contribution à la force productive, la participation politique et les interactions sociales. » (Richardson & Le Grand, 2002).

Sources

Richardson, L., & Le Grand, J. (2002). *Outsider and Insider Expertise: The Response of Residents of Deprived Neighbourhoods to an Academic Definition of Social Exclusion.* London: Center for Analysis of Social Exclusion.

Formation

L'action de formation est une démarche de renforcement de connaissances et compétences, à laquelle est consacré un temps bien déterminé, pour laquelle il y a participation consciente de la personne formée et de la personne formatrice afin d'atteindre des objectifs définis au préalable (Berbaum, 1982). On distingue l'objectif d'évolution (c'est-à-dire le changement visé auquel doit contribuer la formation) et les objectifs pédagogiques (c'est-à-dire savoirs, savoir-faire et/ou savoir-être qui devront être acquis à l'issue de la formation) (Gérard, 2000).

Une action de formation peut prendre la forme, entre autres, de cours par correspondance, de dispositifs d'autoformation (livres programmés, dispositifs audiovisuels, MOOC), de formation tutorée en situation de travail… (Berbaum, 1982).

Sources

Berbaum, J. (1982). *Étude systémique des actions de formation : introduction à une méthodologie de recherche.* Presses Universitaires de France (PUF).

Gérard, F.M. (2000). L'évaluation de l'efficacité d'une formation. *Gestion, 20*(3), 13-33. En ligne : http://www.fmgerard.be/textes/Outil.pdf

Gradient social de santé

« *Le gradient social de santé décrit le phénomène par lequel ceux qui sont au sommet de la pyramide sociale jouissent d'une meilleure santé que ceux qui sont directement en-dessous d'eux, qui eux-mêmes sont en meilleure santé que ceux qui sont juste en-dessous et ainsi de suite jusqu'aux plus bas échelons* » (Black et al., 1980). La position dans la hiérarchie sociale dépend de différents indicateurs tels que les revenus, le niveau d'études et la profession. Plus l'on descend dans la pyramide sociale, plus la probabilité d'être affecté par des problèmes de santé et d'avoir des déterminants de santé défavorables (exemple : mobilité, logement, emploi…) est élevée. Ainsi, agir favorablement sur le gradient social de santé signifie améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population, tout en favorisant la réduction des écarts de santé entre les groupes sociaux.

Sources

Black, D., Morris, J., Smith, C. & Townsend, P. (1980). *Inequalities in Health: report of a Research Working Group.* London: Department of Health and Social Security.

Hébergement

Un hébergement désigne toute structure qui accueille provisoirement des personnes privées de domicile, en situation de précarité et connaissant des difficultés d'ordre social, pour être orientées et accompagnées vers des solutions de logement durables et adaptées. Contrairement à l'occupant·e d'un logement, les personnes hébergées ne signent pas de bail, ni ne payent de loyer. Elles ne bénéficient pas des aides personnelles au logement et n'ont pas de droit de maintien dans le lieu (Crépin, 2010). L'hébergement peut être couplé à un accompagnement individualisé. Il existe trois types d'hébergement dans le cadre de l'action sociale en France (Sananes, 2017) :

- **Hébergement d'urgence** : vise à répondre aux besoins immédiats des personnes sans domicile ou contrainte de le quitter dans l'urgence, en situation de détresse sociale, médicale ou psychique. Il permet un **accueil inconditionnel**.
- **Hébergement de stabilisation** : vise à permettre aux personnes accueillies de se stabiliser (psychiquement, socialement…), avant d'être orientées vers un dispositif adapté. Il s'agit de personnes dans des situations particulièrement complexes, éloignées de l'insertion (cumulant par exemple troubles psychiatriques, conduites addictives, désaffiliation sociale…). L'accueil y est plus long qu'en hébergement d'urgence.
- **Hébergement d'insertion** : vise à élaborer un projet d'insertion avec la personne accueillie, pour l'aider à recouvrer une autonomie personnelle et sociale. Ce type d'hébergement opère une **sélection du public accueilli** et est plus durable que les deux précédents.

Il est important de noter que le parcours d'un individu entre les différents types d'hébergement, ainsi qu'en logement accompagné ou autonome, n'est pas linéaire.

Sources

Crépin, D. (2010). *Favoriser au sein d'un SAMSAH l'accès au logement autonome d'adultes souffrant de troubles psychiques, par la mobilisation des parties prenantes.* [Mémoire, École des Hautes Etudes en Santé Publique]. En ligne : https://documentation.ehesp.fr/memoires/2010/cafdes/crepin.pdf

Sananes, A. (2017). *De la rue au logement, l'impact des structures d'accueil sur les pratiques des sans domicile.* [Mémoire, Aix-Marseille Université - Institut d'Urbanisme et d'Aménagement Régional]. Dumas. En ligne : https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01614912

Inégalités sociales et territoriales de santé

Les inégalités de santé désignent tout type de différences de l'état de santé observé entre groupes ou individus. Les inégalités sociales et territoriales de santé concernent des « *différences systématiques, évitables et importantes dans le domaine de la santé* » (Santé Publique France, 2021). Elles se distinguent des inégalités de santé qui ne relèvent pas de la justice sociale, mais de facteurs génétiques et physiologiques propres à l'individu et qui sont alors considérées comme inévitables. Les inégalités sociales et territoriales de santé sont exclusivement liées à des facteurs sociaux extérieurs aux individus (Lambert et al., 2021) et à la position sociale (exemple : catégorie socio-professionnelle). Elles sont socialement construites et demeurent la conséquence d'une inégalité dans la répartition des ressources et du pouvoir au sein de la société. Elles peuvent de ce fait être considérées comme évitables (Potvin, Moquet & Jones, 2010).

Sources

Lambert H., Aujoulat I., Delescluse T., Doumont D., & Ferron C. (2021). Agir pour la réduction des inégalités sociales de santé. Dans Lambert H. (coord.), *Onze Fondamentaux en promotion de la santé : des synthèses théoriques.* UCLouvain/IRSS-RESO & Promotion Santé Normandie & Fnes. En ligne : https://www.fnes.fr/wp-content/uploads/2022/03/ac-220302-Dossier-onze-fondamentaux-en-promotion-de-la-sante.pdf

Potvin, L., Moquet, M.-J., & Jones, C. (dir). (2010). *Réduire les inégalités sociales en santé.* Inpes, coll. Santé en action.

Santé Publique France (2021, 17 mai). Les inégalités sociales et territoriales de santé. Santé publique France. https://www.santepubliquefrance.fr/les-inegalites-sociales-et-territoriales-de-sante

Innovation

L'innovation désigne « *toute approche, pratique, intervention ou encore tout produit ou service novateur ayant trouvé preneur au niveau des institutions, des organisations ou de communautés, et dont la mise en œuvre résout un problème, répond à un besoin ou à une aspiration* » (Rollin & Vincent, 2007). Elle apporte donc une réponse créative à des besoins non ou peu satisfaits sur un territoire ou auprès d'une population donnée. Il peut s'agir d'une initiative nouvelle, adaptée ou

renouvelée. L'innovation peut porter sur le fait d'appliquer une idée existante à un autre contexte.

Sources

Rollin, J., & Vincent, V. (2007). *Acteurs et processus d'innovation sociale au Québec.* Réseau québécois en innovation sociale, Université du Québec.

Interdisciplinarité

L'interdisciplinarité est une démarche impliquant la rencontre et l'interaction/collaboration de deux ou plusieurs disciplines dans le cadre d'un projet commun, autour d'un but commun. Elle se centre sur des problèmes et enjeux qui ne peuvent être abordés et résolus par une discipline à elle seule (Bélanger, 2013). L'interdisciplinarité implique une collaboration active et un effort de décloisonnement disciplinaire, tout en assurant un statut égalitaire et complémentaire aux disciplines concernées (Ducharme Rivard, 2008). « *L'interdisciplinarité suppose des interactions fortes, donc des espaces de dialogues, d'échanges de connaissances, d'analyses et de croisements des méthodes. Le professionnel n'est plus un acteur pris isolément, mais s'intègre dans une équipe.* » (de la Tribonnière & Gagnayre, 2013). Par la réciprocité des échanges, l'interdisciplinarité apporte un enrichissement mutuel aux professionnel·les des différentes disciplines.

A l'inverse de la pluridisciplinarité, il ne s'agit pas d'une simple addition de disciplines. En effet, dans le cadre de la pluridisciplinarité, l'aboutissement du projet partagé est obtenu par juxtaposition des résultats disciplinaires individuels, chaque discipline apportant sa propre contribution au projet, avec peu voire pas de communication et de coopération (Ducharme Rivard, 2008 ; Resweber, 2011 ; Bélanger 2013).

Par exemple, pour l'organisation de la prise en charge d'une personne : dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire, les différent·es professionnel·les interviennent en parallèle les un·es des autres, sans nécessairement de concertation, dans l'objectif défini préalablement en commun, d'améliorer la situation de la personne accompagnée (santé, qualité de vie…). Il y aurait interdisciplinarité s'il existait une collaboration active entre les professionnel·les (médecin généraliste, psychologue, éducateur·rice spécialisé·e, assistant·e social·e…), avec des échanges sur la situation de la personne accompagnée, ainsi que sur les concepts, outils, méthodes issus des différentes disciplines et pouvant être transférés ou combinés pour contribuer au mieux à l'amélioration de sa situation.

Sources

Bélanger, R. (2013). L'utilité d'une approche interdisciplinaire lors de l'étude du développement de l'enfant né prématurément. *Série monographique en sciences humaines, 13*, 111-140.

De la Tribonnière, X., & Gagnayre, R. (2013). L'interdisciplinarité en éducation thérapeutique du patient : du concept à une proposition de critères d'évaluation. *Education Thérapeutique du Patient, 5*(1), 163-176.

Ducharme Rivard, R. (2008). Études des pratiques interdisciplinaires en mathématiques et en sciences au secondaire : réflexion sur le concept d'interdisciplinarité. Dans L. Theis (dir.). *Enseignement des mathématiques et interdisciplinarité* : Actes du 41e colloque du Groupe des didacticiens des mathématiques du Québec (pp. 75-88). Université de Sherbrooke.

Resweber, J.-P. (2011). Les enjeux de l'interdisciplinarité. *Questions de communication, 19*, 171-200.

Littératie en santé

La littératie en santé désigne « *les connaissances, la motivation et les compétences d'un individu à accéder, comprendre, évaluer et appliquer de l'information dans le domaine de la santé afin de se forger un jugement et prendre des décisions au quotidien en termes de soins de santé, de prévention et de promotion de la santé, dans le but de maintenir ou améliorer sa qualité de vie tout au long de son existence.* » (Sørensen et al., 2012). Cela concerne toute information permettant à l'individu ou à la communauté d'agir pour sa santé : comprendre le fonctionnement du remboursement des soins, trouver des associations sportives et de loisirs, connaître les espaces de participation pour les parents au sein de l'école…

La littératie en santé influence, entre autres, l'état de santé perçu, l'accès et le recours aux services de soins et de prévention, l'incidence de maladies chroniques, les modes de vie, les conduites à risques… (Berkman et al., 2011). Agir sur la littératie en santé des populations contribue à réduire les inégalités sociales de santé et à développer le pouvoir d'agir des individus et communautés en améliorant leur accès aux informations pour la santé et leur capacité à les utiliser efficacement (Nutbeam, 2008 ; Gibney et al., 2020). Il est important de noter qu'il ne s'agit pas simplement de rendre l'information accessible et compréhensible, mais également de développer des environnements et des politiques qui soutiennent le développement et la mise en application des capacités de littératie en santé des individus et des communautés (par exemple, à travers la posture des professionnels).

Exemples de types d'actions portant sur chacune des dimensions de la littératie en santé

Accéder	• Médiation en santé, démarche « d'aller-vers » • Traduction et interprétariat ; cours de français • Disponibilité des ressources en ligne ou dans un lieu dédié • Initiation à la recherche d'informations • Accès et compétences d'utilisation des technologies • Accessibilité pour les personnes en situation de handicap
Comprendre	• Maîtrise de la langue : vocabulaire adapté, pas de « jargon » • Supports écrits simples et visuels co-élaborés avec les publics, dont le contenu répond à leurs préoccupations • Accompagnement oral des supports écrits • Ergonomie des supports et outils *(brochure, formulaire, site internet…)* • Répétition et reformulation des informations • Formation des professionnel·les à la littératie en santé, à la communication bienveillante…
Evaluer	• Brainstorming, débats et échanges : confrontation des points de vue et des expériences des personnes • Développement du regard critique vis-à-vis des informations et de leurs sources • Label authentifiant les informations dites de qualité
Appliquer	• Prise de décision informée sur des questions de santé • Orientation de l'usager selon ses besoins, vers des structures ou personnes ressources • Démarche participative, voire communautaire • Education par les pairs ; pair-aidance *(démarches reposant sur la participation et l'action (ex. éducative, d'entraide…) des publics auprès de leurs pairs).* • Identification et action sur les freins et leviers à l'application des informations pour la santé *(représentations sociales, habitudes, coût, mobilité…)* • Renforcement de la croyance en ses propres capacités *(pour questionner un·e professionnel·le, pour suivre un programme d'éducation thérapeutique du patient…)* • Développement ou ajustement d'une offre de loisirs, de transports, de soins…

Sources

Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., Viera, A., Crotty, K., Holland, A., Brasure, M., Lohr, K. N., Harden, E., Tant, E., Wallace, I., & Viswanathan, M. (2011). Health literacy interventions and outcomes: an updated systematic review. *Evidence report/technology assessment*, (199), 1–941.

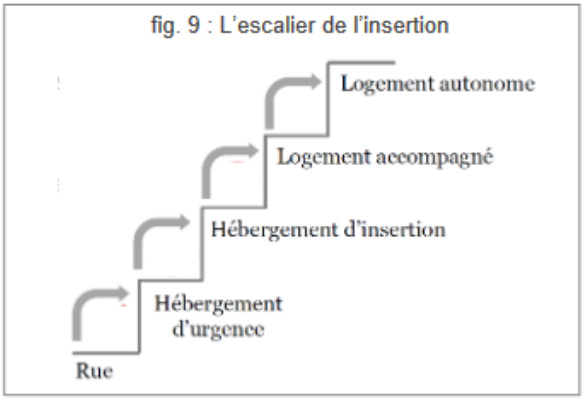
Gibney, S., Bruton, L., Ryan, C., Doyle, G., & Rowlands, G. (2020). Increasing Health Literacy May Reduce Health Inequalities: Evidence from a National Population Survey in Ireland. *International journal of environmental research and public health*, *17*(16), 5891.

Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine, 67*(12), 2072–2078.

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H., & (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC public health*, *12*, 80.

Logement accompagné

Le logement accompagné est à distinguer du logement autonome. Il désigne un ensemble de formules et de services dans lesquels un gestionnaire intervient entre le ou la propriétaire et la personne locatrice (exemple : résidences sociales, résidences des foyers jeunes travailleurs, intermédiation locative…). Les personnes logées payent une redevance au gestionnaire de la structure (Sananes, 2017). Le logement accompagné est destiné à répondre aux besoins de ménages qui ne remplissent pas, temporairement ou durablement, les conditions pour accéder à un logement autonome (Ministère de la Transition écologique et de la Cohésion des territoires, 2020). Ainsi, il s'agit de mettre en œuvre un processus d'insertion et de préparer l'accès au logement autonome.



Source du schéma : Congrès de la Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (Fnars ; Janvier 2017). Relancer le modèle du « logement d'abord » en France. Cité par Sananes (2017)

Sources

Ministère de la Transition écologique et de la Cohésion des territoires (2020, 28 septembre). *Mal-logement : les différentes solutions d'hébergement et de logement accompagné.* Repéré en ligne le 28 avril 2023 : https://www.ecologie.gouv.fr/mal-logement-differentes-solutions-dhebergement-et-logement-accompagne

Sananes, A. (2017). *De la rue au logement, l'impact des structures d'accueil sur les pratiques des sans domicile.* [Mémoire, Aix-Marseille Université - Institut d'Urbanisme et d'Aménagement Régional]. Dumas. En ligne : https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01614912

Logement autonome

Dans le cadre d'un logement autonome, la personne locatrice dispose d'un titre d'occupation (bail relevant de la loi du 6 juillet 1989) avec garantie de maintien dans les lieux. Elle s'acquitte d'un loyer ou d'une redevance et est éligible aux aides au logement et à d'autres aides comme celles du fonds de solidarité pour le logement (Ministère de la Transition écologique et de la Cohésion des territoires, 2020). Deux catégories de logement autonomes existent : les logements du parc privé, et les logements du parc social accessibles sous condition.

Le qualificatif « autonome » n'est cependant pas indicateur de la qualité du logement. Ainsi, des logements dits autonomes peuvent ne pas correspondre aux normes d'hygiène, de sécurité et de confort minimales (exemple : pas de sanitaires dans le logement…).

Sources

Ministère de la Transition écologique et de la Cohésion des territoires (2020, 28 septembre). *Mal-logement : les différentes solutions d'hébergement et de logement accompagné.* Repéré en ligne le 28 avril 2023 : https://www.ecologie.gouv.fr/mal-logement-differentes-solutions-dhebergement-et-logement-accompagne

Médiation en santé

La médiation en santé vise à mettre en relation les publics avec les acteurs du système de santé permettant ainsi l'accès aux droits, à la prévention et aux soins (Sarradon-Eck et al., 2012 ; Lahmidi & Lemonnier, 2018). « *Elle vise à favoriser leur autonomie dans le parcours de santé en prenant en compte leurs spécificités* » (capacités, vulnérabilités, environnement de vie…) (Décret n° 2017-816 du 5 mai

2017), et contribue ainsi à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (Soleymani et al. 2022). Plus spécifiquement, il s'agit d'améliorer la communication et donc la relation entre les professionnel·les du domaine médico-social et les personnes accompagnées, afin d'améliorer la qualité de l'accueil et de la prise en charge tant pour les personnes que pour leurs proches (Volckrick, 2008 ; Gagnebin Hagui, 2012). Pour ce faire, la personne médiatrice cherche à favoriser le dialogue et la compréhension entre usager·es et professionnel·les pour la mise en place d'une relation de confiance et d'une alliance (Gagnebin Hagui, 2012). Elle accompagne également les professionnel·les dans une évolution de leurs représentations et pratiques. Cela passe ainsi par les aider à prendre conscience des obstacles auxquels sont confrontés les publics dans leur accès aux soins et à de meilleures conditions de vie (quartier, logement, transports, emploi, loisirs…) (Soleymani et al., 2022). Son action est donc dirigée à la fois vers les publics et les professionnel·les. Il s'agit également de mettre en relation les personnes usagères pour lutter contre l'isolement (Demailly et al. 2014).

Ainsi, la médiation en santé s'appuie sur deux stratégies essentielles :

- « L'aller vers », qui comporte deux composantes (Nutbeam, 1998) :
    - le déplacement physique, « hors les murs », vers les lieux fréquentés par la personne : la rue, la gare, le pied d'immeuble, le parc public, le squat, le domicile, etc.
    - l'ouverture vers autrui, vers la personne dans sa globalité, sans jugement, avec respect.
- Le « faire avec » les personnes, qui reconnait leurs savoirs et leurs capacités à faire des choix, à être autonomes… Le « faire avec » est émancipateur et valorisant, à l'inverse du « faire pour » qui peut s'avérer paternaliste et stigmatisant. (Culture & santé asbl, 2009)

Par conséquent, cela implique pour les médiateur·rices de disposer de capacités d'écoute et de non-jugement, ainsi que d'une bonne connaissance des publics et de mobiliser des réseaux professionnels sanitaires, sociaux et médico-sociaux, en proximité.

La médiation en santé par les pairs est exercée par des personnes dans un parcours de professionnalisation (parce que recrutées par une structure) dont les compétences reposent sur un savoir expérientiel, et non acquis dans le cadre d'une formation académique (Sarradon-Eck et al., 2012). Ce savoir expérientiel est un savoir-faire relationnel dans l'entrée en contact, la création et le maintien de liens de confiance avec les publics concernés. Le médiateur de santé pair se distingue par une posture à l'interface des deux groupes sociaux. Il incarne une

forme de rétablissement dans lequel les publics pourraient se projeter, et sa présence aux côtés des professionnel·les vise aussi à modifier les représentations de ces derniers à l'égard des personnes usagères.

Sources

Culture & santé asbl. (2009). L'Empowerment : dossier thématique. *Education permanente, 4*, 1-20.

Décret n° 2017-816 du 5 mai 2017 relatif à la médiation sanitaire et à l'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé

Demailly, L., Dembinski, O., Farnarier, C., Garnoussi, N., & Déchamp Le Roux, C. (2014). *Fonction du médiateur.* Le programme expérimental des médiateurs de santé pairs en santé mentale, recherche qualitative : Rapport intermédiaire N°2. Centre collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale.

Gagnebin Hagui, J. (2012). *Du médiateur en santé à l'ombudsman hospitalier : Une approche pluridisciplinaire* [thèse de doctorat, Université de Neuchâtel, Institut du droit de la santé].

Lahmidi, N., & Lemonnier, V. (2018). Médiation en santé dans les squats et les bidonvilles. *Rhizome, 68*(2), 10-11.

Nutbeam, D., OMS. (1998). *Glossaire de la promotion de la santé.* Éditions promotion de la santé.

Sarradon-Eck, A., Farnarier, C., Girard, V., Händlhuber, H., Lefebvre, C., Simonet, É. & Staes, B. (2012). Des médiateurs de santé pairs dans une équipe mobile en santé mentale. Entre rétablissement et professionnalisation, une quête de légitimité. *Lien social et Politiques, 67*, 183–199.

Soleymani, D., Hamel, E., & Bouchaud, O. (2022). Médiation en santé : concepts, définitions, métiers. *La Santé en action, 460*, 10-11.

Volckrick, E. (2008). Médiation et santé : l'expérience belge. *Revue de Prévention et de Règlement des Différends, 6*(1), 3-17.

Mise à l'abri

La mise à l'abri vise à protéger un individu ou une population face à un danger ou un risque (exemple : fuite de matières dangereuses, conditions climatiques extrêmes, tireur actif, etc). Il peut donc s'agir d'évacuer (relocaliser) ou à l'inverse de confiner les personnes pour minimiser ou éviter l'exposition à ce danger. Ce terme peut également s'utiliser dans le cadre de l'urgence sociale (exemple : pour les personnes sans domicile fixe durant la période hivernale, victimes de violences intrafamiliales, mineurs isolés…). Une simple mise à l'abri n'implique toutefois

généralement pas de prise en charge ou de suivi, et reste une intervention ponctuelle (Haut Comité pour le logement des personnes défavorisées, 2004).

Plusieurs vigilances sont émises quant à l'utilisation de ce terme. Par sa ponctualité et l'absence d'une réelle prise en charge, la mise à l'abri ne permet pas nécessairement de faire sortir les personnes de leur situation d'urgence, notamment sociale (Fnars & Croix-Rouge Française, 2013 ; Haut Comité pour le logement des personnes défavorisées, 2004). D'autre part, le terme « mise à l'abri » laisse à penser une assistance inconditionnelle aux personnes. Ce n'est pas nécessairement le cas dans les faits, puisque dans des situations d'urgence sociale, une logique de tri selon le degré de vulnérabilité des personnes peut être à l'œuvre (notamment du fait d'un manque de moyens alloués) (Caseau, 2022). Enfin, dans certains contextes (notamment les discours politiques), le terme de mise à l'abri peut être détourné pour cacher, avec sa connotation positive, des réalités moins nobles (Kacprzak, 2022) : par exemple, l'expulsion de personnes installées dans des lieux qui constituent un refuge pour elles (exemple : bidonville).

Sources

Caseau, A.-C. (2022). La hiérarchie des vulnérabilités d'une politique d'expulsion des bidonvilles : le rôle du genre dans les mises à l'abri. *Populations vulnérables, 8*, 9-24. En ligne : http://journals.openedition.org/popvuln/3779

Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (FNARS) & Croix-Rouge Française (2013, avril). *SIAO : Repères et pratiques. Plan d'accompagnement de la refondation piloté par la DGCS et la DIHAL*. En ligne : https://www.federationsolidarite.org/wp-content/uploads/2020/10/SIAO_complet1.pdf

Haut Comité pour le logement des personnes défavorisées (2004, décembre). *L'hébergement d'urgence : un devoir d'assistance à personnes en danger. 10e Rapport du haut comité pour le logement des personnes défavorisées.* En ligne : https://www.hclpd.gouv.fr/10e-rapport-l-hebergement-d-urgence-un-devoir-d-a26.html

Kacprzak, A. (2022). La mise à l'abri – entre le poids de l'acte et la teneur du terme. *Buletin științific Fascicula Filologie, 31*, 453-468. En ligne : http://bslr.ubm.ro/files/2022/32.Kacprzak_Alicja_BSLR_2022.pdf

Parcours

La notion de parcours désigne une succession d'étapes, d'expériences ou d'événements. Le parcours implique la continuité d'un cheminement de l'individu au fil de sa vie ou dans une sphère en particulier (éducation, emploi, santé, justice…). Continuité ne signifie cependant pas linéarité : le parcours peut être

constitué de transitions, de tournants, d'arrêts, de ruptures, de bifurcations (Robin, 2016 ; Charruault, 2020). Une multiplicité de facteurs intervient dans un parcours. Celui-ci est le produit de décisions et stratégies individuelles, ainsi que de l'influence des structures sociales et institutionnelles dans lequel l'individu évolue (Longo, 2016).

L'approche par « parcours » constitue désormais un levier de transformation du système de santé. Elle ne vise pas à définir une suite rigoureuse d'interventions ou d'étapes selon la problématique rencontrée par la personne, mais bien à « *organiser le travail collectif de manière à ce que les parcours de soins et de vie, objets déjà présents, s'améliorent, évitent les ruptures, assurent en un mot le maintien optimal de l'état de santé.* » (Piveteau, 2014). Cette approche permet de prendre en compte les individus dans leur globalité et leur unicité, et ainsi de répondre au mieux aux problématiques rencontrées en prenant en compte leur cheminement passé et futur (projeté, envisagé).

Sont notamment distingués :

- Le **parcours de soins** est l'ensemble des étapes d'une prise en charge médicale, pluridisciplinaire ou non, pour un problème clinique spécifique. Cela regroupe par exemple les consultations, actes techniques ou biologiques, hospitalisations, soins de suite et de réadaptation, traitements médicamenteux et non médicamenteux… (Haute Autorité de Santé, 2012 ; Basdevant et al., 2014).
- Le **parcours de santé** est l'ensemble des étapes et le cheminement parcourus par un individu dans un système sanitaire, social et médico-social organisé, dans un temps et un espace donnés (Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales, 2016). Cela, dans une optique de prise en charge globale pour répondre aux besoins en termes de prévention, accompagnement social, soins… Le parcours de santé ne se cantonne pas aux aspects purement médicaux : il prend en compte les interactions entre dégradation de l'état de santé et le contexte de vie, la niche écologique (ressources, lieu de vie, soutien social…) et l'environnement plus large (transports, ville, situation économique, évolution du système de santé…). C'est une analyse systémique et systématique des obstacles à dépasser et des leviers à mobiliser pour améliorer la santé des personnes (Basdevant et al., 2014). Ainsi, le parcours de santé vise, « *par la coordination des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, en lien avec les usagers et les collectivités territoriales, à garantir la continuité, l'accessibilité, la qualité, la sécurité et l'efficience de la prise en charge de la population, en tenant compte des spécificités géographiques, démographiques et saisonnières*

de chaque territoire, afin de concourir à l'équité territoriale. » (Code de la santé publique, 2019).

- Le **parcours de vie** est « *l'ensemble des événements intervenant dans la vie d'une personne et les différentes « périodes » et transitions qu'elle connaît. Ces événements affectent son bien-être physique, mental et social, sa capacité à prendre des décisions ou à maîtriser ses conditions de vie, ses interactions avec son entourage, sa participation à la vie sociale. Cette notion interroge donc les politiques publiques dans de nombreux domaines (santé, mais aussi éducation, formation, justice, protection de l'enfance et des majeurs, accessibilité, logement, emploi, etc.) et la façon dont elles parviennent (ou non) à favoriser d'une part l'adéquation des parcours des personnes avec leur projet de vie et d'autre part la continuité des différentes formes d'accompagnement qui leur sont offertes (soins, accompagnement social et médico-social, ressources…).* » (Burgade, 2014).

Ces différents parcours sont imbriqués. Ainsi, « *tout au long de son parcours de vie, l'individu pourra avoir un à plusieurs parcours de santé, chacun dans un temps et un espace donnés. Chaque parcours de santé peut lui-même intégrer ou non, un à plusieurs parcours de soins.* » (Rochette & Rodier, 2016).

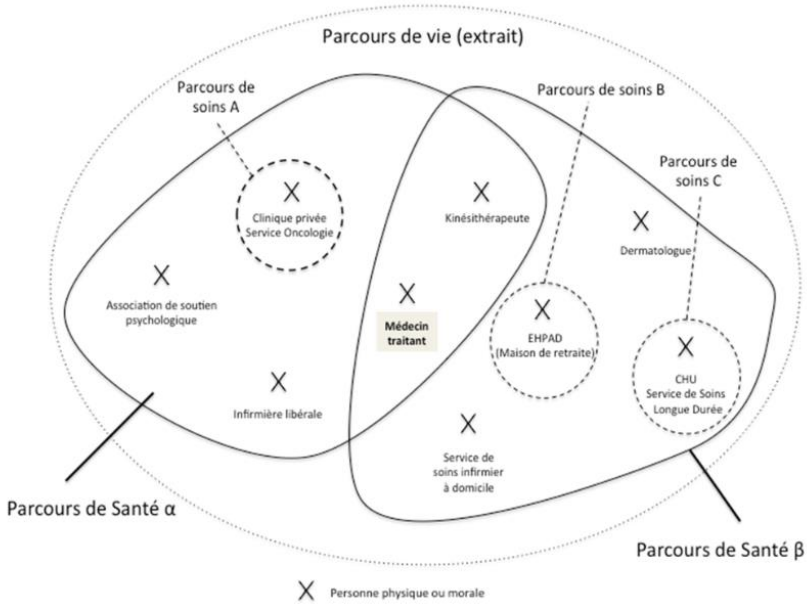


Figure 2. Exemple de modèle intégrateur des concepts de parcours de soins, de santé et de vie pour un individu

Source du schéma : Rochette & Rodier (2016)

Sources

Basdevant, A., Vignot, M., Ciangura, C., & Aron-Wisnewsky, J. (2014). Nutrition et « parcours de soins ». *Cahiers de Nutrition et de Diététique, 49*(1), 16–21.

Burgade, L. (2014). Parcours de santé : enjeux et perspectives. *Actualité et Dossier en Santé Publique, 88*, 18-20.

Charruault, A. (2020). Le paradigme du parcours de vie. *Informations sociales, 201*, 10-13.

Code de la Santé Publique (2019). Article L1411-1. Version en vigueur au 27 juillet 2019.

Haute Autorité de Santé (2012, mai). *Parcours de Soins - Questions / Réponses.* En ligne : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-05/quest-rep_parcours_de_soins.pdf

Longo, M. (2016). Les parcours de vie des jeunes comme des processus. *Les Cahiers Dynamiques, 67*, 48-57.

Piveteau, D. (2014). Les parcours portent la transformation du système de santé. *Actualité et Dossier en Santé Publique, 88*, 15-17.

Robin, P. (2016). Le parcours de vie, un concept polysémique ? *Les Cahiers Dynamiques, 67*, 33-41.

Rochette, C., & Rodier, S. (2016). Parcours de santé versus soin de la personne âgée en Auvergne : proposition d'une définition organisationnelle. *Management hospitalier et territoires : les nouveaux défis*, 1-17. En ligne : https://hal.science/hal-03189361

Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (2016, janvier). *Parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie : Pour une prise en charge adaptée des patients et usagers. Lexique des parcours de A à Z.* En ligne : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/2016-01-11_lexique_vf.pdf

Participation

Selon l'Organisation mondiale de la santé (Breuer & OMS, 2000, p. 10), la participation de la population dans une optique de promotion de la santé est un « *processus selon lequel les personnes sont en mesure d'être impliquées de manière active et véritable dans la définition de points les concernant, dans la prise de décisions sur des facteurs affectant leur vie, dans la formulation et la mise en œuvre de politiques, dans la planification, le développement et la prestation de services ainsi que dans le processus d'actions visant à un changement* ». Cette définition met en lumière l'importance d'un rééquilibrage des pouvoirs entre les différentes parties prenantes, permettant de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé (Wallerstein, 2006).

Ischer et Saas (2019) ont défini différents niveaux de participation :

TABLEAU 1

Description des quatre types de participation des acteurs

Type de participation	Description
Information	Les participant-e-s sont informé-e-s (ou s'informent) au sujet des enjeux liés à un problème à résoudre ou à un projet. Il est donc indispensable de leur donner accès à l'information et de leur permettre de poser des questions afin de s'assurer que tout le monde partage la même compréhension de la problématique.
Consultation	Les participant-e-s sont invité-e-s à donner leur avis pour nourrir le processus, par exemple à travers des enquêtes d'opinion, des auditions publiques, des entretiens de groupes, etc. En échange, l'animateur et l'animatrice ou le modérateur et la modératrice se met en situation d'écoute. Cette consultation n'assure toutefois pas aux groupes de population concernés que leurs préoccupations et leurs idées seront prises en compte.
(Co-)construction	Les participant-e-s co-élaborent le plan d'action, le projet ou les activités, mais ils/elles ne détiennent pas le pouvoir de l'adopter. Le plan d'action ainsi élaboré pourrait être par la suite soumis à un comité de pilotage qui détient ce pouvoir de décider.
(Co-)décision	Les participant-e-s travaillent dans une relation d'équivalence au pouvoir. La gestion se fait par consentement et toutes les étapes du projet sont inscrites dans un processus de co-décision. Cette co-décision est surtout possible à une échelle réduite (quartier, école, etc.). Il convient d'opérer une distinction entre la décision politique d'octroyer un financement, un terrain, un soutien matériel ou en ressources humaines, et les décisions plus opérationnelles prises par les parties prenantes durant la démarche.

Certains auteurs en sciences sociales suggèrent que le sentiment de légitimité à participer est lié à des mécanismes de sélection sociale, et que les dispositifs de participation contribuent à reproduire des inégalités sociales existantes. Les classes moyennes et dotées d'un fort bagage apparaissent ainsi surreprésentées dans les instances représentatives (Blondiaux, 2008). Ces constats amènent à préconiser de s'assurer que l'ensemble des sous-groupes identifiés au sein de la population cible du projet puissent avoir accès à ses instances participatives.

Pour s'assurer de la pertinence et de la réussite d'une démarche participative et de ses modalités, il apparait important d'en poser le cadre en amont. Les questionnements suivants, par exemple, peuvent permettre de guider la préparation et la mise en œuvre de toute démarche participative :

- Au sein de notre équipe, avons-nous la même représentation de la participation et ses enjeux ?
- La politique de la structure (la direction, le règlement, l'organisation…) est-elle soutenante d'une démarche participative ?
- Pourquoi souhaitons-nous que le public participe ? Participe à quoi ? Qu'est-ce que j'attends de la participation ?
- Qui participe ? Quelle représentation des divers points de vue et expériences ?
- Comment mobilisons-nous le public à participer ?

Quels sont les moyens (financiers, humains, temporels, matériels) dont je dispose pour favoriser la participation ?
Quel temps avons-nous pour mettre en place cette participation ? S'agit-il d'une démarche éphémère ou pérenne ?
Comment évaluons-nous la réelle participation du public ? Quels sont les résultats de cette participation ?
Comment rendre compte du travail produit aux personnes ?

Tableau adapté de Ischer et Saas, 2019, p.7

Sources

Blondiaux, L. (2008). *Le nouvel esprit de la démocratie. Actualité de la démocratie participative*. Seuil.

Breuer, D. & Organisation mondiale de la Santé (2000). *Participation de la population à la santé locale et au développement durable : approches et techniques.* Organisation mondiale de la Santé. Bureau régional de l'Europe.

Ischer, P., & Saas, C. (2019). *La participation en matière de promotion de la santé. Document de travail 48.* Promotion Santé Suisse.

Wallerstein, N. (2006). *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health ?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report). Traduction française par l'Ireps Bretagne (2009).]

Pauvreté

Le Conseil Européen a adopté en 1984 la définition suivante de la pauvreté : doivent être considérés comme pauvres « *les personnes dont les ressources (matérielles, culturelles ou sociales) sont si faibles qu'elles sont exclues des modes de vie minimaux acceptables de l'État membre où elles vivent* ». Cette définition enrichit une vision de la pauvreté souvent réduite à son aspect monétaire.

En effet, plusieurs approches existent pour définir la pauvreté :

- **Approche monétaire de la pauvreté**

L'approche monétaire est basée sur le revenu des individus. Ainsi, un individu est considéré comme pauvre lorsque son niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté. Ce seuil de pauvreté peut être calculé de deux manières.

Dans le cadre de la pauvreté absolue, le seuil de pauvreté est calculé sur la base d'un revenu minimal nécessaire pour combler un ensemble de besoins élémentaires strictement incompressibles, dont la satisfaction est indispensable à la survie de l'individu (Lollivier, 2008 ; Charbonnel, 2014). Ainsi, la Banque Mondiale a défini en 2022 le seuil international de pauvreté à 2,15 dollars par jour par personne. Cette approche n'est que peu utilisée dans les pays européens.

Dans le cadre de la pauvreté relative, le seuil de pauvreté est calculé sur la base du revenu médian de la population (c'est-à-dire que 50% de la population gagne plus que ce salaire médian, et 50%, moins). Un seuil à 60 % du niveau de vie médian est généralement retenu en France ainsi qu'au sein des pays de l'Union européenne. Les taux de pauvreté calculés par l'Insee s'inscrivent dans cette approche. *« La pauvreté relative correspond plus à une vision de la pauvreté en termes d'inégalités de revenus que de besoins minimaux à satisfaire.* » (Charbonnel, 2014).

- **Approche par privations / en conditions de vie**

L'approche de la pauvreté en conditions de vie repose sur le repérage d'un certain nombre de privations d'un ensemble de biens jugés essentiels à un bien-être estimé standard dans la société considérée. Ainsi, est pauvre tout individu contraint de se priver d'un nombre plus ou moins important de ces consommations standards (Charbonnel, 2014). Ces privations peuvent concerner le domaine alimentaire, l'habillement, l'habitat, l'environnement, ou plus généralement l'accès à une pratique habituelle et approuvée par la société environnante. (Lollivier, 2008).

L'Insee calcule un indicateur de pauvreté en conditions de vie : le taux de privation matérielle et sociale. Un individu est dit pauvre s'il vit dans un ménage cumulant au moins 8 privations parmi 27 prédéfinies. Par exemple, peuvent être mentionnées les privations suivantes : avoir des revenus insuffisants pour équilibrer le budget du ménage, ne disposer d'aucune épargne, avoir été dans l'impossibilité de payer des factures d'électricité ou de gaz au cours des 12 derniers mois, ne pas pouvoir maintenir le logement à la bonne température, ne pas pouvoir recevoir parents ou amis, posséder moins de deux paires de chaussures, pas de sanitaires dans le logement…

- **Approche subjective**

La pauvreté subjective désigne le sentiment d'être pauvre ressenti par les ménages. Elle permet de cerner la perception qu'ont les ménages de leur aisance matérielle et / ou psychologique ainsi que la plus ou moins grande facilité avec laquelle ils font face à leurs dépenses de consommation (Charbonnel, 2014).

Sources

Charbonnel, J. (2014). Point de repère. Définir et mesurer la pauvreté : un exercice délicat. *Informations sociales, 182*, 10-15.

Conseil Européen (1984, 19 décembre). 85/8/CEE: Décision du Conseil du 19 décembre 1984 concernant une action communautaire spécifique de lutte contre la pauvreté [législation]. *Journal officiel, L 2*, 24-25.

La Banque Mondiale (2022, 2 mai). *Fiche d'information : Ajustement des seuils internationaux de pauvreté.* La Banque Mondiale. En ligne : https://www.banquemondiale.org/fr/news/factsheet/2022/05/02/fact-sheet-an-adjustment-to-global-poverty-lines

Lollivier, S. (2008). La pauvreté : définitions et mesures. *Regards croisés sur l'économie, 4*, 21-29.

Précarité

La précarité est « *l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut-être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté, quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible* » (Wresinski, 1987).

Sources

Wresinski, J. (1987). Grande pauvreté et précarité économique et sociale. *Journal Officiel de la République Française - Avis et rapports du Conseil économique et social*, 1-104.

Prévention

La prévention a été définie par l'Organisation mondiale de la santé (1948), comme étant « *l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps* ».

Deux principales classifications de la prévention existent :

- **Une classification en référence à la maladie (en fonction de facteurs de risque ou de symptômes) par l'OMS**
  - **Prévention primaire** : vise à éviter l'apparition d'une maladie ou d'un problème de santé, et donc à agir sur les facteurs de risques pour limiter l'apparition de nouveaux cas.
  - **Prévention secondaire** : vise à éviter le développement de la maladie. Il s'agit donc d'agir à un stade précoce de l'évolution de la pathologie, notamment par le dépistage et le traitement précoce.
  - **Prévention tertiaire** : vise à éviter l'aggravation, les complications, les incapacités chroniques ou les récidives consécutives de la maladie avérée ou du problème de santé (Sournia, 1991).
- **Une classification selon la population cible de l'intervention par Gordon (1983)**
  - **Prévention universelle** : destinée à l'ensemble de la population, quel que soit son état de santé.
  - **Prévention sélective** : s'adresse à des sous-groupes de population spécifique (ex. automobilistes, travailleurs en bâtiment, adolescents, femmes, etc.).
  - **Prévention ciblée** : destinée aux personnes ou sous-groupes présentant des facteurs de risque, une condition ou une anomalie spécifique les désignant comme nécessitant l'intervention.

Une troisième classification, fusion des deux précédentes, a vu le jour. Elle est cependant moins usitée. Il s'agit d'« *une adaptation de la définition en prévention primaire, secondaire et tertiaire qui, contrairement à celle de 1957 décriée par Gordon,* ***reconnaît l'action hors services de soins****. Ainsi ce qui fonde la distinction entre les différents niveaux relève à la fois de la* ***cible populationnelle sélectionnée*** *et du* ***moment où cette action s'inscrit dans le continuum risque-pathologie*** *(incluant les accidents et les traumatismes).*

- *La prévention primaire consiste alors en des* ***actions sur l'ensemble d'une population*** *(par exemple les habitants d'une ville, les femmes en âge de procréer, les adolescents, etc.)* ***sans que soit pris en compte le statut d'exposition au risque*** *(par exemple un programme de prévention du tabagisme).*
- *En prévention secondaire, l'action se porte sur un* ***sous-groupe exposé au risque*** *(par exemple les fumeurs)* ***sans prendre en compte le développement de symptômes ou d'une pathologie*** *associée à la consommation de tabac.*
- *Enfin la prévention tertiaire consiste en des* ***actions déployées généralement dans un cadre clinique auprès d'individus souffrant d'une***

***pathologie chronique**. Il s'agit alors d'agir sur les facteurs de risques en lien avec une récidive ou d'autres pathologies (par exemple un programme de promotion de l'activité physique chez des patients en cancérologie).* » (Cambon et al., 2018).

Sources

Cambon, L., Alla, F., & Chauvin, F. (2018). Des ressources et des méthodes partagées- Prévention et promotion de la santé : de quoi parle-t-on ? *Actualité et Dossier en Santé Publique, 103*, 9-11. En ligne : https://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=160

Gordon, R. S. (1983). An operational classification of disease prevention. *Public Health Rep, 98*(2), 107-109.

Sournia, J. C. (1991). *Dictionnaire français de santé publique.* Editions de Santé.

Prise en charge médicale

Ce type d'action est à sélectionner dès lors que le projet comprend des actes et services médicaux thérapeutiques dispensés par un·e professionnel·le de santé à visée :

- préventive (exemple : vaccins),
- diagnostique (exemple : radiologie, examens biologiques en laboratoire, anamnèse),
- curative (exemple : soins médicamenteux ou non médicamenteux, appareillages ou prothèses ; surveillance et suivi médicaux du patient),
- de stabilisation ou ralentissement d'une maladie ou d'un trouble, notamment dans le cas d'une maladie, psychique ou non, chronique ou dégénérative (exemple : diabète, maladie d'Alzheimer, trouble bipolaire),
- palliative (Cousin, 2016 ; Hornbrook et al., 1985 ; Aday & Andersen, 1974 ; Organisation mondiale de la santé - WHO, 2002).

La prise en charge médicale comprend également des actes médicaux non thérapeutiques, tels que la prescription d'une méthode contraceptive, le prélèvement (don) d'organes, de sang ou de gamètes (Cousin, 2016 ; Hornbrook, Hurtado & Johnson, 1985).

Sources

Aday, L.A., & Andersen R. (1974). A Framework for the Study of Access to Medical Care. *Health Services Research, 9*(3), 208-220.

Cousin, C. (2016). *Vers une redéfinition de l'acte médical* [thèse de doctorat, Université Rennes 1, Institut de l'Ouest : Droit et Europe]. HAL. En ligne : https://hal.science/tel-01425982v3/document

Hornbrook, M.C., Hurtado, A.V., & Johnson, R.E. (1985). Health Care Episodes: Definition, Measurement and Use. *Medical Care Review, 42*(2), 163–218.

Organisation Mondiale de la Santé - WHO (2002). Definition of Palliative Care. In: World Health Organization, *National Cancer Control Programmes, policies and managerial guideline (*2nd ed. p 84). WHO En ligne : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42494/9241545577.pdf

Prise en charge sociale

La prise en charge sociale consiste en une aide et un accompagnement sur du plus long terme (à contrario de l'accueil, écoute et orientation) dans les démarches pour :

- la reconnaissance des droits,
- l'obtention de prestations et d'aides administratives, sociales et financières.

Il s'agit également d'informer les personnes usagères sur leurs droits et de les réorienter vers les services adaptés lorsque nécessaire (Delbecchi et al., 2005 ; Dollfus et al., 2006).

Pour cela, une évaluation spécifique de la situation sociale (couverture sociale, titre de séjour, logement, insertion sociale et professionnelle, ressources) doit être effectuée régulièrement pour adapter la prise en charge de l'usager à sa situation, repérer les moments de fragilisation et faire appel si besoin à des services spécialisés (Delbecchi et al., 2005 ; Fatseas & Auriacombe, 2009).
Depuis une dizaine d'années, la notion d'accompagnement social est venue remplacer celle de prise en charge sociale (Guele et al., 2006). Ce terme induit explicitement l'idée de « charge », et donc de « poids » à porter ; par ailleurs, prendre quelqu'un en charge signifie souvent faire « à la place de », la notion d'accompagnement promouvant à l'inverse l'idée d'accompagner les personnes vers des processus d'autonomisation.

Sources

Delbecchi, G., Fleury, F., Maille, D., & Veïsse, A. (2005). *Prise en charge médico-psycho-sociale des migrants/étrangers en situation précaire. Guide pratique destiné aux professionnels.* Comité médical pour les exilés (COMEDE).

Dollfus, C., Tabone, M.D., Vaudre, G., & Trocme, N. (2006). Prise en charge de l'enfant infecté par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) en France. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture, 19*(7), 249–255.

Guele, J., Sibeud, C., Rabeyrin, J., & Devries, P. (2003). L'accompagnement social en question. Rapport élaboré par les conseillers techniques en travail social des DDASS et DRASS de la région Rhône.

Fatseas, M., & Auriacombe, M. (2009). Principes de la thérapeutique et des prises en charge en addictologie. Dans Lejoyeux M., ed. *Abrégé d'addictologie* (p. 62-68). Masson.

Production, analyse ou valorisation d'outil

L'outil est un moyen d'atteindre un objectif. C'est un instrument, une ressource apportant aide et accompagnement à la personne qui l'utilise pour la planification, la réalisation, l'évaluation et/ou l'amélioration d'une action (Spiece, 2006 ; Guichard & Ridde, 2010). Il favorise une démarche réflexive sur la qualité de l'action, ainsi que sur les pratiques des acteurs, voire permet l'évolution de ces pratiques. Il est essentiel de co-construire, tester et valider l'outil avec ses futur·es utilisateur·rices, afin qu'il soit adapté à leurs besoins, accessible, et son appropriation facile (Guichard et al., 2018).

Il existe une grande variabilité d'outils : outil de diagnostic, outil d'analyse, outil d'évaluation, outil d'intervention, outil pédagogique, outil méthodologique… L'outil, selon sa fonction, peut donc prendre des formes très diverses : guide, questionnaire, grille d'entretien, grille d'analyse, site internet, vidéo, livre, mallette pédagogique…

Plus spécifiquement, « *les outils d'intervention en éducation pour la santé sont des ressources à la disposition de l'intervenant, pour le travail sur des savoirs, savoir-faire et savoir-être dans le champ de la santé. L'utilisation de ces outils implique l'interaction entre l'intervenant et le destinataire et s'inscrit dans une logique de promotion de la santé.* » (Lemonnier et al., 2005).

Ce type d'action est à sélectionner lorsque **l'on crée, analyse, teste, évalue un outil et que l'on communique dessus. L'élaboration et/ou l'évaluation de l'outil est le cœur du projet**.

Exemple : élaboration d'un guide méthodologique d'intervention auprès de personnes âgées, mise au point d'une grille d'analyse des projets en promotion de la santé

Sources

Guichard, A., & Ridde, V. (2010). Une grille d'analyse des actions pour lutter contre les inégalités sociales de santé. Dans Potvin L., Moquet M-J., Jones C.M., eds. *Réduire les inégalités sociales en santé* (p. 297-312). Inpes.

Guichard, A., Hebert, C., Nour, K., Lafontaine, G., Tardieu, É., & Ridde, V. (2018). Adaptation et conditions d'utilisation d'un outil d'analyse des interventions au regard des inégalités sociales de santé. *Santé Publique, S1*(HS1), 121-130.

Lemonnier, F., Bottero, J., Vincent, I., & Ferron, C. (2005). *Outils d'intervention en éducation pour la santé : critères de qualité.* Inpes.

Spiece, C. (2006). Quels outils en promotion de la santé ? *Education santé, 210*(6), 6-8.

Promotion de la santé

La promotion de la santé est définie par l'Organisation mondiale de la santé dans la Charte d'Ottawa (1986), comme « *le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci* ». Néanmoins, au-delà d'améliorer la santé de la population, la promotion de la santé vise la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, c'est-à-dire à amoindrir les écarts de santé entre les sous-groupes qui la composent (Ridde, 2007). Elle s'appuie donc sur des valeurs d'**équité** et de **justice sociale**.

De façon plus opérationnelle, « l*a promotion de la santé est un ensemble de pratiques spécialisées de santé publique visant le* ***renforcement du pouvoir d'agir des personnes et des groupes sur leurs conditions de vie et de santé****, à l'aide de stratégies d'interventions telles que l'éducation pour la santé, l'organisation communautaire, l'action sur les environnements, le plaidoyer politique, et la réorientation du secteur du soin. Plutôt que de se focaliser sur le changement des comportements individuels, la promotion de la santé s'attache à* ***agir sur les déterminants qui impactent le plus fortement la santé des populations****. Ces déterminants se situent* ***au niveau des milieux de vie et de travail, des systèmes sociaux, éducatifs et sanitaires, ainsi que du contexte politique, économique et culturel*** *dans lequel évolue la population.* » (Ferron, 2021). Par conséquent, les interventions se situent à la fois au sein et hors du système de santé.

Conformément aux cinq axes stratégiques définis dans la Charte d'Ottawa, les interventions en promotion de la santé recouvrent différentes dimensions. « *La première est politique par* ***l'inscription de la promotion de la santé à l'agenda des responsables politiques de tous les secteurs et à tous les niveaux****. La seconde est environnementale à travers une* ***approche systémique et écologique modifiant***

les conditions de vie et incluant la protection des milieux naturels et des espaces construits. *La troisième est communautaire et renforce* ***la mobilisation, la participation des populations aux décisions qui concernent leur santé***. *La quatrième est individuelle et invite au développement de l'information et de l'éducation pour la santé dans un* ***objectif d'empowerment*** *des personnes. Enfin, la dernière, liée au système de santé puisqu'il s'agit de favoriser* ***un système qui, par-delà son mandat clinique et curatif****, soutient les individus et les groupes dans leur recherche d'une vie plus saine,* ***fait intervenir d'autres composantes de caractère social, politique, économique et environnemental*** *et exige une attention accrue à l'égard de la recherche et des* ***changements dans l'enseignement et la formation des professionnels*** » (Cambon et al., 2018).

Sources

Cambon, L., Alla, F., & Chauvin, F. (2018). Des ressources et des méthodes partagées-Prévention et promotion de la santé : de quoi parle-t-on ? *Actualité et Dossier en Santé Publique, 103*, 9-11. En ligne : https://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=160

Ferron, C. (2021). La promotion de la santé. Dans H. Lambert (coord.), *Onze Fondamentaux en promotion de la santé : des synthèses théoriques*. Bruxelles : UCLouvain/IRSS-RESO & Promotion Santé Normandie & Fnes. En ligne : https://www.fnes.fr/wp-content/uploads/2022/03/ac-220302-Dossier-onze-fondamentaux-en-promotion-de-la-sante.pdf

Organisation mondiale de la Santé. (1986). *Promotion de la santé : Charte d'Ottawa.* Organisation mondiale de la Santé. Bureau régional de l'Europe.

Ridde, V. (2007). Réduire les inégalités sociales de santé : santé publique, santé communautaire ou promotion de la santé ? *Promotion & Education, 14*(2), 111–114.

Recherche

La recherche est l'investigation détaillée d'un sujet, d'un problème ou d'une question spécifique grâce à la méthode scientifique, qui implique la collecte systématique de données, leur analyse et l'interprétation des résultats (Karsenti & Savoie-Zajc, 2018). La recherche a pour objectif la production de nouvelles connaissances et/ou l'utilisation de connaissances existantes pour générer de nouveaux concepts et méthodologies, et améliorer la compréhension du sujet étudié, ainsi que les pratiques qui y sont relatives (Australian Research Council, 2015).

Plus spécifiquement, la recherche en santé publique vise à comprendre l'influence des déterminants de santé, c'est-à-dire des facteurs (génétiques,

environnementaux, sociaux…) qui déterminent la santé des populations. L'objectif est d'utiliser ces connaissances pour proposer des interventions et des politiques, fondées sur des preuves scientifiques, qui permettent d'améliorer la santé et le bien-être, et de réduire les inégalités de santé (Inserm, 2021). Elle est pluridisciplinaire et transversale. Elle fait appel à l'épidémiologie, aux biostatistiques, aux sciences humaines et sociales appliquées à la santé, à la biologie, à la génétique, à la toxicologie…

Sources

Australian Research Council (ARC) (2015). *State of Australian University Research 2015–16: Volume 1 ERA National Report.*

Inserm (2021, 11 juin). *La recherche en santé publique.* Inserm. https://www.inserm.fr/nos-recherches/sante-publique/la-recherche-en-sante-publique

Karsenti, T., & Savoie-Zajc, L. (2018). *La recherche en éducation : étapes et approches (4e éd.).* Presses de l'Université de Montréal. En ligne : https://www.researchgate.net/publication/327474113_La_recherche_en_education_etapes_et_approches_4e_ed

Représentation

La représentation ne passe pas obligatoirement par une élection, puisque des groupes constitués peuvent se faire représentants des intérêts d'une population (exemple : les intérêts en matière de santé environnementale de la population d'une ville peuvent être représentés par l'association écologique locale, sans nécessairement que celle-ci ait été choisie activement par les riverains). Les citoyen·nes 'lambdas' participant à des instances de gouvernance représentent celles et ceux qui ne peuvent pas y participer (par manque de temps, par exemple). Ils ont donc trois rôles au sein de ces instances : participant, représentant et représenté (Wampler, 2012).

Deux types de représentations peuvent être distingués :

- **Représentation exclusive :**

Il y a délégation totale des pouvoirs aux représentant·es, par conséquent la participation directe du groupe représenté deviendrait superflue. Il n'y a pas de garantie que les représentant·es défendent les intérêts du groupe représenté et pas uniquement leurs propres intérêts, ni de transparence vis-à-vis du groupe représenté sur ce qui est dit ou fait en son nom. En-dehors de l'éventuelle élection des représentant·es, les représenté·es sont donc exclu·es de la prise de décision, et n'ont pas de possibilité d'agir dessus.

- **Représentation inclusive :**

« *Ce qui fait la représentation en un sens inclusif, ce n'est pas que le représentant ait été élu, qu'il ressemble aux représentés ou défende leur intérêt ; c'est que les représentés apparaissent directement sur la scène publique, qu'ils portent des jugements, expriment leurs volontés, contestent ce qui est dit et fait en leur nom, construisent des institutions alternatives* » (Hayat, 2013, p. 134). Ainsi, les représenté·es ont la possibilité d'une part de former et exprimer un jugement vis-à-vis de l'action des représentant·es, et d'autre part, de développer d'autres formes de participation en parallèle. Cela implique une transparence de l'action des représentant·es, ainsi que de rendre visibles et intelligibles pour les représenté·es les décisions prises ou en délibération, et leur permettre de pouvoir contribuer à l'élaboration des réponses.

Sources

Hayat, S. (2013). La représentation inclusive. *Raisons politiques, 50*(2), 115-135.

Wampler, B. (2012). Participation, Representation, and Social Justice: Using Participatory Governance to Transform Representative Democracy. *Polity, 44*(4), 666-682.

Santé

La santé est un phénomène complexe et multifactoriel. C'est un processus dynamique, qui ne peut se réduire à l'absence de maladie ou à un état, soit une finalité à atteindre, tel que le stipule la très répandue définition de l'Organisation mondiale de la santé (« *état de complet bien-être physique, mental et social* » ; OMS, 1946). La santé est une capacité d'adaptation pour faire face physiquement, émotionnellement, mentalement et socialement à son environnement et ses variations (Canguilhem, 1992 dans La Rosa, 1998). Elle constitue à la fois une adaptation actuelle (à la situation présente) et potentielle (dans des situations éventuelles). En ce sens, la santé est un « réservoir des possibles » (Ancet, 2008). Elle est en constante évolution et « *inscrit dans le corps, dans la personne, les empreintes du travail, des conditions de vie, des événements, des douleurs, du plaisir et de la souffrance, de tout ce dont est fait une histoire individuelle dans sa singularité, mais aussi collective par l'influence des multiples logiques au cœur desquelles elle s'insère.* » (Thébaud-Mony, 1996 dans Daubas-Letourneux & Thébaud-Mony, 2002). Ainsi, la santé dépend de déterminants individuels, sociaux, et environnementaux.

Sources

Ancet, P. (2008). La santé dans la différence. *Philosophia Scientiæ*, 12(2), 35-50.

Daubas-Letourneux, V., & Thébaud-Mony, A. (2002). *Organisation du travail et santé dans l'Union Européenne.* Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, Office des publications officielles des Communautés Européennes.

La Rosa, E. (1998). Chapitre premier - La santé et ses déterminants. Dans : E. La Rosa, *Santé, précarité et exclusion* (pp. 7-49). Presses Universitaires de France.

Organisation mondiale de la Santé. (1946). *Préambule à la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé.* Conférence internationale sur la Santé, New York, 19 juin -22 juillet 1946 (signée le 22 juillet 1946 et entrée en vigueur le 7 avril 1948).

Thébaud-Mony, A. (1996). La santé : enjeux d'une définition. *Prévenir*, 30(1).

Soins

Les soins sont un ensemble cohérent d'actions et de pratiques mises en œuvre pour participer au rétablissement ou à l'entretien de la santé d'une personne (Haute Autorité de Santé, 2007). Les soins peuvent être dispensés par des professionnel·les de la santé tels que les médecins, les infirmier·es, les kinésithérapeutes, les psychologues, etc.

Sources

Haute Autorité de Santé (2007). *Les nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé : les aspects juridiques.* Service évaluation médico-économique et santé publique. En ligne : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/cooperation_pros_rapport_aspects_juridiques.pdf

Soutien aux équipes

Il s'agit d'accompagner les individus et les groupes dans leurs pratiques professionnelles.

Cela passe d'une part par une **démarche réflexive interactive basée sur le partage d'expériences, vécus, savoirs et représentations** liés à des situations professionnelles concrètes. Le soutien aux équipes permet ainsi une réflexion, diversification voire remise en question de ses pratiques, une prise de recul sur sa posture professionnelle, une meilleure connaissance de soi, la mise en place d'un espace d'entraide et de ressourcement… (Thiébaud, 2020a ; Thiébaud, 2020b).

D'autre part, le soutien aux équipes recouvre également le **soutien psychologique, social, affectif et motivationnel**. Ainsi, ce type d'action peut viser le développement d'une cohésion d'équipe, la mise en place de relations de coopération, la gestion de conflits, la gestion des émotions liées à des situations professionnelles…

Le soutien aux équipes peut donc prendre différentes formes, parmi lesquelles : analyse des pratiques professionnelles, échanges de pratiques, supervision, régulation d'équipe… Contrairement à une formation, ce type d'action **ne suit pas un programme prédéfini**, mais se co-construit avec l'individu ou le groupe, se nourrissant des expériences, questionnements et réflexions verbalisés (Thiébaud, 2020a).

Sources

Thiébaud, M. (2020a). Analyse de pratiques <-> échange de pratiques. Quels points communs ? Quelles différences ? Quelles complémentarités ? *Revue de l'analyse de pratiques professionnelles, 16*, 51-80. En ligne : https://www.analysedepratique.org/?p=3629

Thiébaud, M. (2020b). Analyse de pratiques <-> supervision. Similitudes, différences : quelques réflexions pour aider à s'y repérer. *Revue de l'analyse de pratiques professionnelles, 16*, 81-103. En ligne : https://www.analysedepratique.org/?p=3631

Surveillance en santé publique

La surveillance est un processus systématique, organisé et continu de collecte, d'analyse, d'interprétation et de diffusion de données de santé dans une perspective d'aide à la planification, l'implantation et l'évaluation de pratiques en santé publique (Thacker, 1992).

L'objet de la surveillance est prédéfini, de même que les méthodes et indicateurs permettant d'analyser celui-ci. Il est possible de distinguer la surveillance active (un organisme collecte des données spécifiquement pour la surveillance prévue) de la surveillance passive (basée sur des données existantes, par ex. de l'Assurance maladie, ainsi les acteurs chargés du recueil ne participent pas activement à la surveillance).

Les données de santé peuvent concerner : les expositions aux facteurs dont les effets sanitaires délétères ou protecteurs, sont suspectés ou reconnus ; les événements de santé ; les caractéristiques des populations à risque ; les données de susceptibilité ou de vulnérabilité individuelles ou collectives aux facteurs cités ; les interventions.

Ainsi, la surveillance permet d'informer sur l'état de santé des populations, ainsi que de détecter ou d'anticiper une modification de celui-ci (positive ou négative). Elle permet également de mettre en œuvre et évaluer une action de prévention ou de contrôle des expositions et/ou maladies identifiées.

Cependant, toutes les maladies ou évènements ayant un impact sanitaire ne peuvent faire l'objet d'une surveillance dédiée, en particulier ceux qui sont émergents et donc méconnus.

Sources

Thacker, S.B. (1992). Les principes et la pratiques de la surveillance en santé publique, *Santé Publique, 1*, 43-49.

Travail en réseau

Le travail en réseau est plus formalisé et cadré que la coordination locale, et se développe en réponse à un problème précis, en prenant en compte les besoins des individus et les possibilités de la communauté (Coordination Nationale des Réseaux, 1999).

Il suppose donc collaboration, coordination et articulation des ressources entre les acteurs impliqués pour atteindre les objectifs fixés (Vedelago, 2008 ; Bertezene, 2006). Cela implique une harmonisation des pratiques, un partage des savoirs et le développement de moyens de liaisons (Bertezene, 2006 ; Ruel, 2011). Le réseau se charge de la coordination des services prodigués par différents intervenants qui sont complémentaires dans leurs interventions (Ruel, 2011), et procède à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité des services et prestations (Code de la santé publique, 2018).

Exemple : Réseau d'Alerte Pluri-Professionnel (RAPP), réseau Santé précarité, Réunion d'Evaluation de Situation d'Adultes en Difficulté (RESAD)

Sources

Bertezene, S. (2006, 13-16 juin). *Quelles sont les conditions de succès d'un réseau ? Le cas des réseaux gérontologiques.* XVème Conférence Internationale de Management Stratégique, Annecy, France.

Code de la santé publique, Article L. 6321-1 (19 janvier 2018). En ligne : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000036516228/2023-07-19

Coordination Nationale des Réseaux (1999, 16-17 janvier). *Actes du 2e congrès national des réseaux*, Lyon, France.

Ruel, J.A. (2011). *Travail en réseau, savoirs en partage et processus en jeu en contexte d'innovation : une transition planifiée vers le préscolaire d'enfants ayant des besoins particuliers* [thèse de doctorat, Université du Québec en Outaouais]. UQAM. En ligne : https://archipel.uqam.ca/4192/1/D2192.pdf

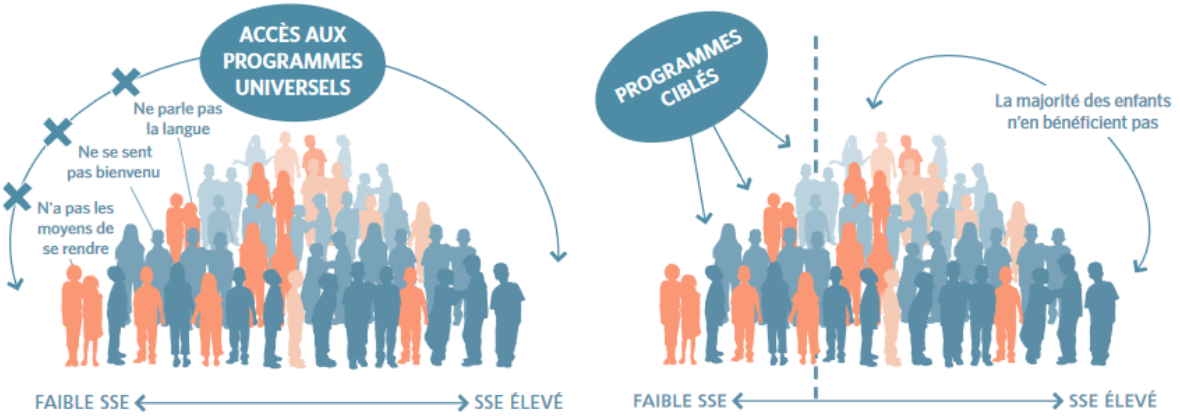
Vedelago, F. (2008). Le développement du travail en réseau comme stratégie de changement dans les politiques publiques. *Sociologie Santé, Les Études Hospitalières, 29*, 31-54.

Universalisme proportionné

L'universalisme proportionné consiste en une combinaison de deux approches :

- l'**approche universelle**, qui désigne toute politique ou intervention s'adressant de manière unique à l'ensemble de la population, quels que soient les besoins, le statut socio-économique ou la catégorie sociale.
- l'**approche ciblée**, qui vise à agir particulièrement auprès et avec les populations les plus défavorisées, et permet d'adapter les interventions aux caractéristiques des groupes ciblés.

Aucune de ces deux approches ne permet à elle seule, de contribuer efficacement à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (Marmot et al., 2010). Elles ont peu d'impact sur le gradient social de santé. Dans le cas de l'approche universelle, les groupes les plus défavorisés rencontrent souvent plus d'obstacles pour accéder à ce type d'intervention. A l'inverse, l'approche ciblée peut entraîner des effets de stigmatisation sur les groupes les plus défavorisés, et peut amener à négliger les besoins de groupes intermédiaires.



Source du schéma : Human Early Learning Partnership, 2011

Ainsi, l'universalisme proportionné combine mesures universelles (s'adressant à l'ensemble de la population) et mesures proportionnelles ciblées (adaptées aux besoins spécifiques des sous-groupes de populations). Il vise donc à proposer une **intervention universelle à l'ensemble de la population, en adaptant et intensifiant les modalités selon les besoins spécifiques**, capacités et environnements des différents sous-groupes de population. Il permet donc une intervention modulable et proportionnée qui va **améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population, tout en favorisant la réduction des écarts de santé entre les groupes sociaux**. Il s'agit d'ajuster l'action au gradient social de santé. De plus, cette démarche implique la prise en compte de la **multiplicité des déterminants de la santé** (exemple : éducation, habitat, urbanisme…), qui impactent inégalement les différentes catégories de la population, soulignant donc la nécessité de **l'intersectorialité**.

Sources

Marmot, M., Allen, J., Goldblatt, P., Boyce, T., McNeish, D., Grady, M., et al. (2010*). Fair society, healthy lives: the Marmot Review. Strategic review of health inequalities in England post-2010.* Institute of Health Equity.

Human Early Learning Partnership (2011). *Universalisme proportionné. Synthèse.* (Traduction par l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Québec, 2013).

Veille

Quel que soit le domaine concerné, la veille comporte trois caractéristiques principales : il s'agit « *(1) d'un processus informationnel visant à collecter et utiliser des informations à propos de (2) l'environnement externe et de ses changements dans le but de (3) mettre en place une stratégie adéquate en réponse à ses changements* » (Fasquelle, 2018).

La veille dans le domaine de la santé publique, quant à elle, est définie comme « *la collecte, l'analyse et l'interprétation en continu par les structures de santé publique des signaux pouvant représenter un risque pour la santé publique dans une perspective d'anticipation, d'alerte et d'action précoce* » (Desenclos & Viso, 2010). Sa finalité est d'informer le plus tôt possible et d'aider dans leur prise de décision, les autorités compétentes pour faire face aux situations ou événements menaçant la santé des populations. Elle concerne l'ensemble des faits sanitaires (ou impactant la santé), au sens large : effets des déterminants – démographiques,

économiques… – de la santé, événement de santé, offre de transport, interventions, facteurs de risque…

Elle repose sur deux mécanismes : d'une part le recueil régulier et l'analyse d'indicateurs définis à priori (surveillance / veille préformatée), et d'autre part, la détection et prise en compte d'événements anormaux de toute nature, non prédéfinis, pouvant représenter une menace de santé publique (veille non préformatée).

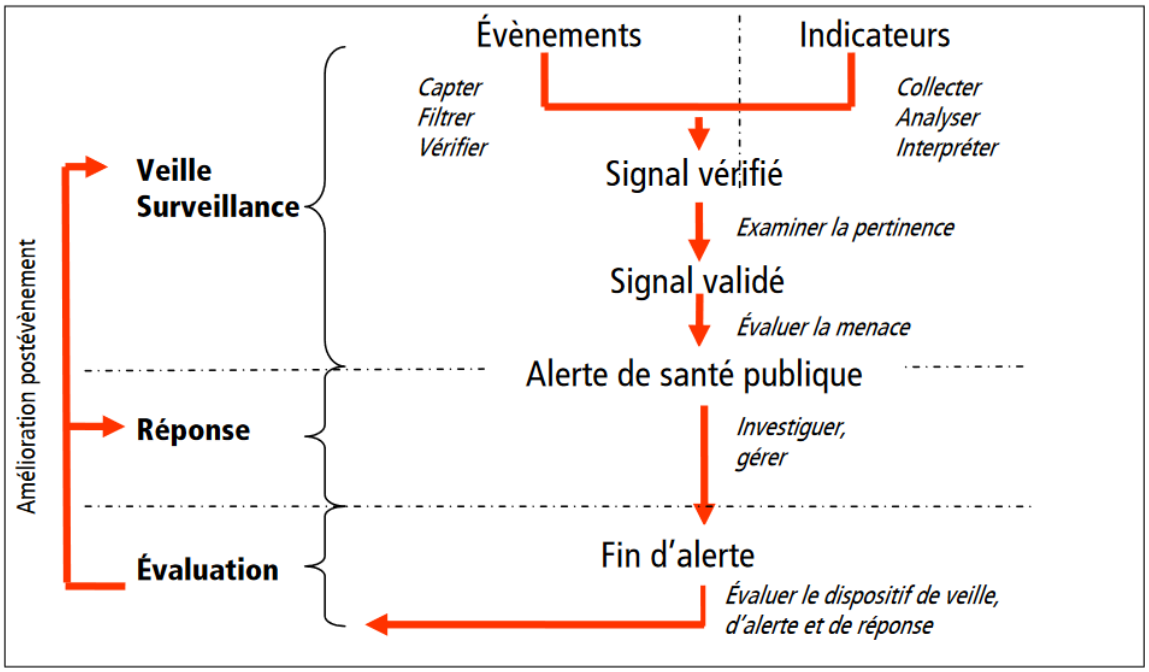
La veille recouvre, entre autres, la veille populationnelle, portant sur le recueil et l'analyse des demandes de la population.

La veille en santé publique implique plusieurs points d'attention :

- Réaliser une **phase de cadrage** en amont de l'implantation du processus de veille, afin d'en définir les objectifs, délimiter le champ et les axes de veille, et ainsi mettre en place un plan de veille adapté précisant : le type d'informations recherché, les sources, les outils, les acteurs concernés par la veille et leur rôle (qui collecte ? qui analyse les signaux ? qui qualifie l'alerte ? qui est alerté ? qui organise la réponse ? etc.), les critères de réception et évaluation de signaux et de déclenchement d'alertes (qu'est-ce qui est considéré comme inhabituel, menaçant, prioritaire, nécessitant une réponse… ?), et les temporalités.
- La veille se veut **réactive** : il s'agit d'être en mesure de réceptionner tous les signaux pertinents et de les traiter dans les plus brefs délais pour, le cas échéant, lancer l'alerte rapidement afin que les autorités compétentes puissent agir au plus vite.
- L'organisation **collaborative** et la **communication** sont essentielles au processus de veille, pour permettre la bonne circulation de l'information entre les acteurs de la veille et avec les décideurs.
- **Fédérer** un maximum d'acteurs :
    - d'une part, sur les territoires, pour développer une culture partagée autour de l'a détection et du signalement d'événements sanitaires menaçants, et encourager le signalement auprès du dispositif de veille ;
    - d'autre part, au sein du dispositif de veille, pour permettre et améliorer la réception et le traitement des signalements, le lancement des alertes, l'organisation des réponses.
- La veille doit être **évaluée** et **évolutive** (outils, axes de veille, acteurs impliqués…), dans une perspective d'amélioration de la qualité de son action,

ainsi que d'adaptation à l'évolution du contexte local, régional, national, voire international : environnement socio-économique, politiques publiques, facteurs de risques (nouveaux risques infectieux, nouveaux comportements…), offres de soins, de transport, de loisirs (nouvelle technique médicale, amélioration de la posture professionnelle, dématérialisation des démarches administratives…), technologies (outils de communication…), etc. Par exemple, l'évolution des institutions existantes sur un territoire, leur structure organisationnelle, leurs missions peut amener à réajuster la procédure de déclenchement de l'alerte et l'organisation de la réponse qui en découle (auprès de quel décideur faire remonter tel type d'alerte ? qui alerter au sein de l'institution concernée ? quel type de réponse peut être apportée ? dans quel délai ?) (Polycarpe & Filleul, 2011).

Cadre conceptuel des activités de veille, d'alerte et de réponse



Source : Institut de Veille Sanitaire, 2011

Vigilance

Le terme 'vigilance' dans le domaine de la santé publique est utilisé pour la détection des effets indésirables sur la santé de l'utilisation de produits ou agents issus des activités humaines : les médicaments, le sang, les cosmétiques, des toxiques…. En ce sens, la vigilance est relative spécifiquement à l'exposition aux produits, notamment médicaux. Selon la nature des produits concernés, il s'agira de pharmacovigilance, toxico-, hémo-, vaccino-, cosméto-… -vigilance. Ces dispositifs de vigilance sont encadrés par le Code de la santé publique.

Dans un sens plus large, la vigilance permettrait de remarquer activement des événements **non prédéfinis**, non prévus, concernant la santé. A l'inverse de la surveillance, elle se voudrait sensible à tout évènement anormal relatif à la santé, sans se focaliser au préalable sur un type d'événement particulier. Dans cette acception, Eilstein et ses collaborateurs (2012) proposent la dénomination de « veille non préformatée », la vigilance sanitaire recouvrant déjà un champ spécifique.

Sources

Eilstein, D., Salines, G., & Desenclos, J.-C. (2012). Veille sanitaire : outils, fonctions, processus. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique, 60*(5), 401–411.