



## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : [ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr](mailto:ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr)

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

[http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg\\_droi.php](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Master 2

« Santé publique et environnement »

Spécialité:

« Intervention en promotion de la santé »

Mémoire

2015-2016

Education pour la santé et promotion de la  
santé en Champagne-Ardenne: place du pôle  
régional de compétences dans les pratiques des  
acteurs

Soutenu en juin 2016

Madame Patricia SSANGUEM

Maître de stage :

Madame Anne PATRIS

Guidant universitaire :

Monsieur Arnaud GOULLIARD

## REMERCIEMENTS

*Je remercie tout d'abord mon maître de stage, Madame Anne PATRIS, pour m'avoir accueillie au sein de l'IREPS Champagne Ardenne où j'ai pu effectuer mon stage.*

*Je la remercie tout particulièrement pour sa disponibilité, sa bienveillance, son accompagnement et ses conseils tout au long de ce stage.*

*Je remercie également les membres des Groupes Techniques Régionaux (GTR) de l'axe formation et méthodologie du pôle de compétences en Education pour la santé Champagne-Ardenne pour leur soutien et leur contribution.*

*Je tiens à remercier mon guidant universitaire, Monsieur Arnaud GOULLIARD pour ses conseils et sa promptitude.*

*Je remercie tous les professionnels qui ont accepté de participer à l'enquête.*

*Merci à mon mari, mes enfants et à toutes les personnes qui ont su se montrer présentes et compréhensives.*

## Table des matières

---

Glossaire .....	6
Introduction .....	7
1. Contexte.....	8
1.1. Le concept de promotion de la santé et d'éducation pour la santé.....	8
1.2. La place de la promotion de la santé et de l'éducation pour la santé dans les politiques de santé.....	8
1.3. Les Pôles Régionaux de Compétences (PRC) en éducation pour la santé (EPS) et promotion de la santé (PS).....	10
1.4. 2016, une année charnière pour les Pôles Régionaux de Compétences... ..	11
1.5. Le PRC CA : une réponse aux besoins des acteurs ? .....	12
2. Objectifs de l'étude.....	13
3. Méthodes.....	14
3.1. Démarche qualitative.....	14
3.2. Echantillonnage .....	14
3.3. Recueil de données.....	14
3.3.1. Entretien semi-directif .....	14
3.3.2. Elaboration et évolution du guide d'entretien .....	14
3.3.3. Conditions de recueil de données .....	15
3.4. Analyse des entretiens.....	15
3.4.1. Transcription des données.....	15
3.4.2. Analyse thématique .....	15
3.5. Aspects éthiques et réglementaires de l'étude .....	16
3.5.1. Participation à l'investigation et consentement éclairé .....	16
3.5.2. La confidentialité des résultats – la protection des données .....	16
3.5.3. Un usage efficient des données recueillies.....	16
3.5.4. Un retour aux participants.....	16
4. Résultats.....	17
4.1. Caractéristiques des participants.....	17
4.2. Flou des concepts, des significations plurielles .....	17
4.2.1. Approche globale de la santé .....	17
4.2.2. Education pour la santé: amalgame des concepts .....	17
4.2.3. Promotion de la santé: concept indéfini.....	18
4.2.4. Démarche qualité: besoin d'explication .....	18
4.3. EPS et promotion de la santé: une place prépondérante dans la pratique des acteurs .....	18
4.3.1. Education nationale : entre programme, projet d'établissement et offre de service.....	18
4.3.2. Santé et territoire .....	18
4.3.3. Actions transversales dans le champ du social.....	18
4.3.4. Approche pluridisciplinaire et pluri professionnelle du médico-social .....	19
4.4. Freins et difficultés dans la mise en place d'intervention en EPS/ PS .....	19
4.4.1. Volonté institutionnelle et politique.....	19
4.4.2. Disponibilité des ressources .....	19
4.4.3. Synergie et méthode.....	20
4.4.4. Mobilisation des acteurs et du public.....	20
4.4.5. Pertinence des actions.....	20
4.5. Besoins potentiels perçus par les acteurs pour développer des actions en EPS/PS .....	20

4.6. Pôle régional de compétences en EPS/PS Champagne-Ardenne: un programme utilisé dans l'ombre .....	21
4.6.1. Méconnaissance du PRC en EPS/PS : confusion des services du Pôle avec les missions de l'IREPS .....	21
4.6.2. Utilisation générale des services du PRC en EPS/PS .....	21
4.6.3. Services du PRC : réponses adaptées aux besoins des acteurs .....	22
4.7. Plateforme-ressources en EPS/PS : des attentes diversifiées .....	22
4.8. Pistes d'action et thèmes prioritaires en EPS/PS.....	23
4.8.1. Axe Méthodologique: un véritable appui .....	23
4.8.2. Thèmes méthodologiques: une entrée pour la formation .....	23
4.8.3. Thématiques spécifiques de formation .....	24
4.7.4. Populations spécifiques .....	24
5. Discussion .....	25
5.1. Vulgarisation des concepts : nécessité d'une culture commune .....	25
5.2. Transversalité ou externalisation de EPS/ PS .....	26
5.3. Evaluation en promotion de la santé et données probantes .....	26
5.4. <i>Empowerment</i> et approche participative .....	27
5.5. Manque de visibilité du PRC Champagne-Ardenne .....	28
5.6. Perspectives : les ressources à développer .....	28
5.7. Populations et thématiques en adéquation avec les priorités régionales de santé.....	29
5.8. Intérêts et limites de l'étude .....	30
5.9. Conclusion.....	30
 Bibliographie.....	 31
Index des tables .....	34
Index des illustrations.....	34
Annexe I : Guides d'entretien .....	35
Annexe II : Formulaire de consentement libre, éclairé et exprès.....	37
Annexe III: Supports de communication.....	38
Annexe IV : Arbre conceptuel .....	39
Résumé .....	40
Abstract.....	40

## Glossaire

---

- ANPAA** : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie
- ARS** : Agence Régionale de Santé
- CECS** : Comité d'Education à la Santé et à la Citoyenneté
- CFES** : Comité Français d'Education pour la Santé
- CLS** : Contrat Local de Santé
- CPOM** : Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens
- CPS** : Compétences Psychosociales
- CTR** : Comité Technique Régional
- DGS** : Direction Générale de la Santé
- DRJSCS** : Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale
- ÉPRUS** : Établissement pour la Préparation et la Réponse aux Urgences Sanitaires
- EPS** : Education Pour la Santé
- EPS/ PS** : Education Pour la Santé/ Promotion de la Santé
- ETP** : Education Thérapeutique du Patient
- FNES** : Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé
- GTR** : Groupes Techniques Régionaux
- HCSP** : Haut Conseil de Santé Publique
- HPST** : Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires
- IGAS** : Inspection Générale des Affaires Sociales
- INPES** : Institut National de prévention et d'Education pour la Santé
- INVS** : Institut National de veille sanitaire
- IREPS** : Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé
- MDN** : Maison De la Nutrition
- OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- PLS** : Plan Local de Santé
- PRAPS** : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies
- PRC** : Pôle Régional de Compétences
- PRSP** : Plan Régional de Santé Publique
- PS** : Promotion de la Santé
- PSRS** : Plan Stratégique Régionale de Santé

## Introduction

---

Le domaine de la Promotion de la Santé (PS) et l'éducation pour la santé (EPS) est intégré dans les politiques de santé publique Française notamment depuis l'adoption de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé en 1986. Elle marque, en effet, une étape importante dans l'histoire de la santé publique en affirmant l'importance d'agir sur les déterminants sociaux de la santé pour réduire les inégalités sociales de santé et améliorer la santé de la population (1).

L'Institut National de prévention et d'Education pour la Santé (INPES), organisme référent au niveau national dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé, a été créé en 2002 (2). Conformément aux missions qui lui ont été confiées, à savoir développer l'éducation pour la santé sur l'ensemble du territoire et suite à la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique (3), l'INPES a lancé des appels à projets pour développer la mise en place des Pôles Régionaux de Compétences (PRC) en EPS/PS. Ces pôles visaient principalement à appuyer le développement cohérent et optimal de l'EPS/PS dans chaque région d'une part, par une meilleure articulation entre les politiques nationales et régionales et d'autre part, par la construction d'une culture partagée en EPS, en collaboration avec les acteurs locaux (4).

En région Champagne-Ardenne, le PRC en EPS/PS est piloté par l'Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé (IREPS) et a contribué depuis 2007 au développement et à la structuration de l'EPS/PS. Il a constitué une réponse concertée entre partenaires complémentaires et en cohérence avec les missions développées par ceux-ci, permettant (5) :

- Un renforcement de la couverture territoriale en EPS/PS en région Champagne Ardenne ;
- Une réponse concertée aux priorités de santé publique régionales ;
- Une amélioration de la qualité des actions et une montée en compétences des acteurs de proximité en EPS/PS.

Si ce dispositif apparaît complexe et soulève des enjeux en région, la richesse du partenariat et la plus-value du travail en commun ont été soulignées comme très positif au sein du PRC. Les activités du pôle en appui aux professionnels relais de la région sont déployées dans le cadre du Projet Régional de Santé (PRS) et du schéma Régional de Prévention de l'Agence Régionale de Santé (ARS). Les typologies et les thèmes des activités proposées par le PRC tendent à répondre aux priorités régionales de santé, priorités déterminées par analyse des problématiques et adaptées aux besoins du territoire régional en matière de santé publique. Un panel de bénéficiaires des services du PRC sondés semblent déclarer de manière majoritaire que les services reçus correspondaient a priori à leurs attentes ou à leurs besoins (6).

Les membres du PRC Champagne-Ardenne ont souhaité appréhender l'étude de besoin réalisée annuellement selon une approche qualitative afin de prendre un temps pour aller à la rencontre des acteurs pour mieux situer la place et la pertinence du PRC sur le territoire. .

Ainsi l'IREPS et les membres du PRC Champagne-Ardenne m'ont chargé d'étudier la place de l'EPS/PS et du PRC Champagne-Ardenne dans les pratiques des acteurs des champs de la santé, du social, de l'éducation et du médico-social de la région Champagne-Ardenne et d'évaluer les besoins en formation et en appui méthodologique auprès des acteurs locaux pour 2016.

## 1. Contexte

---

### 1.1. Le concept de promotion de la santé et d'éducation pour la santé

---

Les concepts de promotion de la santé et d'éducation pour la santé ont émergé dans les années 1980 par la nécessité de faire évoluer les conceptions hygiénistes du 19<sup>ème</sup> siècle et d'éducation à la santé d'après guerre, par le concept de santé communautaire, notamment porté par un groupe d'enseignants de santé publique s'exprimant au sein d'un ouvrage collectif : « Santé publique, santé de la communauté » (7) et par la mise en évidence des déterminants sociaux et environnementaux de la santé. De ce constat est né le concept de promotion de la santé « *Processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci* » (1) dont la Charte d'Ottawa en est le texte fondateur. Elle offre un nouveau cadre de référence pour la mise en œuvre de la promotion de la santé, à travers 5 stratégies d'intervention axées sur l'action politique, la création d'environnements favorables, le développement communautaire, l'éducation pour la santé et le changement organisationnel. L'adoption de la Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation en 2005 a mis en évidence les limites de son contenu par rapport à la situation mondiale actuelle et à la réalité contemporaine (8).

L'éducation pour la santé est ainsi devenue une stratégie d'intervention et une composante essentielle de la promotion de la santé. L'éducation pour la santé n'a plus, pour objectif, de changer des comportements mais d'accompagner des individus considérés comme auteurs et acteurs de leur santé, pour leur permettre de faire des choix éclairés, adaptés aux contraintes quotidiennes du milieu dans lequel ils vivent. L'éducation pour la santé a pour finalité de « *permettre l'émergence du sujet, c'est-à-dire de contribuer à développer l'autonomie, la liberté et la responsabilité de l'autre* » (9). L'action éducative est centrée sur l'individu dans son environnement et au sein de sa communauté dans une approche responsabilisante et participative.

Pour agir sur l'environnement et notamment sur le contexte socio-politique, l'EPS ne peut être la seule stratégie, elle doit faire partie d'une politique plus large de santé. Selon Green & Tones (2010), la promotion de la santé, c'est l'effort de considérer les déterminants sociaux et environnementaux de la santé, en agissant sur les politiques de santé (10).

### 1.2. La place de la promotion de la santé et de l'éducation pour la santé dans les politiques de santé

---

Le développement et les orientations données à la promotion de la santé et à l'éducation pour la santé sont en lien étroit avec les politiques de santé, les contraintes économiques et les situations socio-sanitaires.

Dans les années 80, la reconnaissance du concept de promotion de la santé a permis de développer des moyens financiers substantiels (crédits d'État déconcentrés pour la prévention et la promotion de la santé) et l'animation d'une véritable dynamique d'actions de terrain. Les intervenants en EPS se multiplient, de nombreuses institutions (les conseils généraux, les villes, les caisses d'assurances maladie, les mutuelles...) ont mis des moyens pour encourager des programmes de promotion de la santé (11). L'éducation pour la santé a évolué vers une professionnalisation dans lequel le Comité Français d'Education pour la Santé (CFES) a joué dans les années 1990 un rôle significatif en élargissant le champ d'intervention de l'éducation pour la santé vers la promotion de la santé.

En 1995, un état des lieux de l'éducation pour la santé réalisé par la Direction Générale de la Santé (DGS) rapporte que « *L'éducation pour la santé ne dispose pas de reconnaissance législative, ni réglementaire, ni professionnelle. La dispersion des acteurs n'est pas équilibrée par une culture, des formations, une recherche, une capitalisation des expériences permettant de généraliser un savoir-faire de qualité. L'absence de reconnaissance universitaire et donc professionnelle, le sous-développement en recherche, l'anarchie méthodologique du secteur, ajoutés aux difficultés structurelles de l'évaluation alimentent les déficits en visibilité, en légitimité, lesquels, par un retour en boucle, expliquent en partie la faiblesse des moyens alloués et donc la place paradoxalement faible d'un secteur pourtant stratégique* » (12).

En parallèle, selon les rapports sur la santé en France, publiés depuis 1994 par le Haut Comité de la Santé Publique (HCSP), la politique de santé publique doit prioritairement s'attacher à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, améliorer la prise en charge et la qualité de vie des personnes atteintes d'un handicap ou d'une maladie chronique dont le nombre s'accroît du fait du vieillissement de la population, prévenir les comportements et consommations à risques (accidents, suicide, alcool, tabac...), sources d'une morbidité évitable et d'une mortalité prématurée importantes (13). C'est dans ce contexte que le plan national d'éducation pour la santé est adopté en 2001, prévoyant le développement des formations et la recherche en éducation pour la santé. En application de ce plan, la circulaire du 22 octobre 2001 prescrit l'élaboration de « schémas régionaux d'éducation pour la santé » dont l'ambition était d'organiser dans chaque territoire un service public d'éducation pour la santé notamment en organisant le renforcement ou la mise en place d'un « Pôle régional de compétences » et une répartition équitable de l'offre de services (12).

En 2002, la loi de modernisation du système de santé transforme le Comité Français d'Education pour la Santé (CFES) en Institut National de Prévention et « d'Education pour la Santé » (INPES) qui a pour missions de mettre en œuvre, pour le compte de l'État et de ses établissements publics, des programmes de santé publique, d'exercer une fonction d'expertise et de conseil en matière de prévention et de promotion de la santé, d'établir les programmes de formation à l'éducation pour la santé, d'assurer le développement de l'éducation pour la santé sur l'ensemble du territoire (13).

En 2004, la loi relative à la politique de santé publique crée le Plan Régional de Santé Publique (PRSP) qui fixe les grandes orientations de la santé publique en région en fédérant autour d'objectifs partagés, l'ensemble des acteurs de la santé de la région (3).

La création des ARS, issues de la loi de 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (HPST) témoigne de la volonté politique de donner un pilotage régional et unifié au système de santé (14). L'un des enjeux majeurs de cette réforme est de mieux concilier les orientations fixées au niveau national avec les besoins et spécificités de chaque région ou territoire. Il s'agit de promouvoir des politiques publiques favorables à la santé dans une perspective interministérielle et intersectorielle. Il s'agit de mieux intervenir sur tous les déterminants afin de réduire les inégalités sociales et géographiques de santé.

La Stratégie nationale de santé lancée par le Gouvernement le 16 janvier 2013 qui a pour objectif de réduire les inégalités sociales et géographiques de santé, diminuer la mortalité prématurée et améliorer l'espérance de vie en bonne santé, reste dans la même ligne directrice. Il s'agit d'adapter l'organisation du système de santé et de prioriser la prévention sur le curatif et d'agir sur les déterminants de santé (15).

La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a pour objectif de s'attaquer aux inégalités de santé, en affirmant la place déterminante de la prévention et de l'éducation en santé et en installant un parcours de soins (16).

### 1.3. Les Pôles Régionaux de Compétences (PRC) en éducation pour la santé (EPS) et promotion de la santé (PS)

---

Les Pôles Régionaux de Compétences en éducation pour la santé et promotion de la santé émanant du plan national d'éducation pour la santé de 2001, ont été mis en place en 2005 suite à un appel à projets lancé par l'INPES en 2004 (17). Implantés dans les 26 anciennes régions de France et à Mayotte, ils sont animés au niveau national par l'INPES et sont cofinancés en Champagne-Ardenne par l'INPES et l'ARS depuis sa création en 2010.

Ce sont des plateformes ressources qui fédèrent les compétences et ressources en EPS/PS présentes en région et qui apportent un soutien via les fonctions transversales que sont notamment la formation, le conseil en méthodologie de projets et l'appui documentaire. Les PRC représentent un appui majeur dans ces domaines auprès des acteurs associatifs dont ils doivent assurer la professionnalisation et aider à l'amélioration de la qualité de leurs projets. De plus, ils contribuent en lien avec les institutions régionales à l'élaboration, à la mise en œuvre et au déploiement des politiques de santé (17).

Le Pôle de compétences en EPS/PS de Champagne-Ardenne fonde ses valeurs notamment sur celles prônées par la Charte d'Ottawa (1986) et la Charte de Bangkok (2005).

L'Instance Régionale d'Education et de Promotion de la santé (IREPS) de Champagne-Ardenne, association loi 1901, est porteuse du PRC dans sa région. Elle anime le PRC et coordonne les activités de la plateforme ressources. L'IREPS est composée d'un siège régional et de 4 antennes départementales. Elle est rattachée au réseau de la Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé (FNES), partenaire traditionnel de l'INPES (18).

Le dispositif du PRC en Champagne-Ardenne réunit des acteurs clés dans le champ de la l'éducation et de la promotion de la santé tels que l'ARS, la Région Champagne-Ardenne, la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS). La Maison de la Nutrition (MDN), l'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPAA), la Mutualité Française Champagne-Ardenne, partenaires et membres du PRC Champagne-Ardenne, contribuent aux missions du pôle par le développement d'activités et de prestations.

Cette structuration en Pôle présente l'intérêt de proposer une offre de services élargie (plus de compétences sont mises à disposition grâce à la coordination entre le Porteur du pôle et ses partenaires), d'améliorer le potentiel de réponses (les organismes constitutifs du Pôle sont plus nombreux pour répondre) et de garantir une réponse coordonnée et de qualité commune (11). Il constitue un espace ouvert de réflexion et d'échanges entre les acteurs régionaux. La gouvernance partagée du PRC s'appuie sur les instances suivantes :

- un Comité de Pilotage (CoPil) : ARS, IREPS, DRJSCS, Conseil régional et Rectorat, les Représentants/décideurs issus des structures membres du Pôle ;
- un Comité Technique Régional (CTR) : coordinateurs de chaque coordinatrices des Groupes Techniques régionaux (GTR) du Pôle et un représentant technicien des structures membres du comité de pilotage du Pôle ;
- un Groupe Technique Régionaux par axe du PRC (4) : professionnels de terrain nommés comme référents au sein du Pôle, issus des structures membres du Pôle.

Le PRC Champagne–Ardenne propose 4 axes de travail aux services de tous en EPS/PS et 2 axes internes et support du PRC pour rendre lisible et valoriser les activités présentés dans le tableau I.

**Tableau I : Présentation des axes et objectifs du PRC Champagne-Ardenne**

<b>AXES de TRAVAIL</b>	<b>OBJECTIFS</b>
Documentation et information	« Animer un espace ressources documentaires en EPS pour améliorer les connaissances, les compétences et les savoir-faire des professionnels et offre à l'ensemble de la population un accès à l'information et la documentation »
Formation	« Professionnaliser les acteurs de la région Champagne–Ardenne en EPS/PS
Appui Méthodologique	« Accompagner méthodologiquement les acteurs de la région afin d'améliorer la qualité des actions en EPS en région Champagne–Ardenne »
Appui aux Politiques publiques	« Concevoir et mettre à disposition les services du PRC, des outils et des démarches spécifiques en appui aux politiques régionales et locales »
<b>AXES INTERNES</b>	<b>OBJECTIFS</b>
Animation et la démarche qualité	« Représenter et animer le Pôle régional de compétences dans une démarche de qualité »
Communication	« Concevoir des outils de communication du Pôle régional de compétences et de ses services en EPS/PS »

#### 1.4. 2016, une année charnière pour les Pôles Régionaux de Compétences...

Dix ans après le lancement des PRC en EPS/PS, l'année 2016 marque un tournant pour les acteurs de terrain de l'EPS/PS. En effet, la nouvelle région Grand–Est prend forme et reste à construire avec la diversité de ses territoires et de ses acteurs. De plus, de nombreux travaux réalisés en amont de la création de la future Agence Nationale de Santé Publique (ANSP), qui fusionne l'INPES, l'Institut de veille sanitaire (INVS) et l'Établissement pour la préparation et la réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) pour devenir une seule agence nationale de santé publique (19), interrogent la pertinence du dispositif du PRC. Selon le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) (19), "*La stratégie des PRC devra être remise à plat en lien avec les Agences Régionales de Santé (ARS), leur gestion étant trop complexe et leur schéma d'organisation trop peu compréhensible*". Pour la Cour des Comptes, "*Il y a clairement dualité de compétences entre l'INPES et les ARS pour l'animation régionale de la politique de santé, l'INPES s'appuyant largement sur les PRC qu'il a créés*". L'IGAS considère que les ARS sont insuffisamment associées au dispositif PRC et que celui-ci est d'une "*grande complexité et manque de lisibilité*" (19).

Les subventions attribuées aux PRC devraient être transférées à l'ARS, qui devient l'instance décisionnelle vers laquelle un plaidoyer est porté par les IREPS Champagne–Ardenne, Alsace et Lorraine. Face aux réformes actuelles, le rapprochement des 3 IREPS de la nouvelle région est incontournable pour faire face à cette période de changement. Un comité de pilotage interrégional des 3 IREPS est déjà fort engagé avec la nouvelle ARS Grand–Est, afin de se positionner comme un acteur central de la politique de prévention et de promotion de la santé en région.

Face aux indicateurs de santé dégradés par rapport au niveau national, l'ARS Grand–Est vise à déployer une politique de prévention et de promotion de la santé dynamique associant l'ensemble des acteurs institutionnels ainsi que les acteurs de santé eux-mêmes. L'objectif est d'agir sur les déterminants individuels, comportementaux, et environnementaux identifiés comme facteurs de risques des pathologies responsables de la surmortalité observée: cancers,

maladies neurologiques et cardiovasculaires, diabète, affections respiratoires, addictions et santé mentale (20). De là, l'ARS en charge de la définition de la politique de santé de la région, devra toujours disposer d'un levier performant constitué d'un réseau d'associations mobilisées pour l'appuyer dans l'application de cette politique.

C'est dans ce contexte que le comité de pilotage IREPS interrégional a présenté un projet stratégique des 3 IREPS à la nouvelle ARS afin de pérenniser la structuration de l'EPS/PS en région Champagne-Ardenne. De fait, la continuité des dispositifs PRC se pose pour chacune des 3 IREPS coordinatrices des PRC Alsace, Lorraine et Champagne-Ardenne.

### 1.5. Le PRC CA : une réponse aux besoins des acteurs ?

Les réponses proposées par l'IREPS Champagne-Ardenne au cahier des charges « plateformes-ressources en EPS/PS » publié par l'INPES s'inscrivent dans l'évolution des missions, des activités et des priorités des PRC depuis 2004 et en cohérence avec les priorités de santé publique régionales.

Le PRC a vocation, de manière proactive, à être un appui en EPS/PS à la mission d'animation et de développement des politiques de santé, en transversal sur les territoires de la région Champagne Ardenne, et cela en soutien et en subsidiarité avec l'existant en proposant des services régionaux et locaux d'appui et de ressources en EPS/PS. Ses services doivent répondre aux besoins identifiés par l'ARS, les décideurs, les animateurs, les acteurs et/ou relais des dispositifs locaux (5).

Le rapport d'évaluation triennale 2011-2013 du PRC Champagne-Ardenne présente une analyse du processus et notamment de la pertinence des services proposés (6). Les typologies et les thèmes des activités proposées par le Pôle tendent souvent à répondre aux priorités régionales de santé partagées avec l'ARS, priorités déterminées par analyse des besoins du territoire régional en matière de santé publique. Un panel de bénéficiaires des services du Pôle sondés semble déclaré de manière majoritaire (87%) que les services reçus correspondaient à leurs attentes ou à leurs besoins. La majorité des coordinatrices des axes/services du Pôle et les membres partenaires et acteurs du Pôle (75%) pensent que les besoins des professionnels ciblés sont pris partiellement en compte dans les actions du pôle. Il s'agit d'une analyse des besoins non formelle basée sur la pratique et l'observation des besoins des acteurs de la région. (6)

Les services du pôle ne connaissent pas tous le même succès. La fréquentation régulière et continue des services d'appui et d'accompagnement individuel proposés dans les centres de ressources documentaires et par les conseillers méthodologiques établit une preuve de la pertinence de ses services. Ils constituent une réponse directe aux besoins spécifiques exprimés par les demandeurs.

Par contre, les offres d'appuis collectifs programmés du PRC sur l'axe conseil méthodologique et formation ne recueillent pas toujours la réussite attendue en termes de mobilisation des acteurs. Il s'avère que les choix des thèmes/approches en EPS/PS, proposés aux acteurs dans cette programmation annuelle, se justifient par des thèmes demandés régulièrement par les usagers au sein des centres de ressources et/ou des thèmes prioritaires ARS et de la politique régionale de santé.

Le cahier des charges du PRC stipule que « *le programme de formation doit au préalable faire l'objet d'une étude des besoins et des ressources locales et tenir compte des problématiques identifiées dans le Programme Régional de Santé* » (17). Un recensement des

besoins et de l'offre effectué en 2010/2011, par enquête a orienté l'élaboration du catalogue de formation autour de trois grands champs. Depuis les tentatives de sondage des besoins ont dégagé des pistes de travail sur des thématiques mais qui n'ont pas pu, à ce jour être réutilisées faute de matières suffisantes pour proposer une réponse appropriées aux besoins des acteurs.

## **2. Objectifs de l'étude**

---

L'année 2016 marquant la dernière échéance dans la mise en œuvre du PRC Champagne-Ardenne, tout du moins dans sa version actuelle, une étude de besoin par le biais d'une enquête en ligne telle que menée jusqu'alors présentait de nombreuses limites. Par ailleurs, les membres des instances du PRC Champagne-Ardenne (CTR et GTR Appui méthodologique et formation) se sont fortement questionnés sur la place réelle de la plateforme ressources en EPS/PS dans les pratiques des acteurs sur le territoire. Ainsi, l'IREPS, les partenaires et les membres du PRC se sont posés plusieurs questions:

- Quelle perception les acteurs des champs de la santé, du social, de l'éducation et du médico-social sur le territoire ont-ils du PRC et de ses services?
- Quels besoins/difficultés rencontrent-ils dans leurs pratiques pour mener des actions d'EPS/PS ?
- Comment imaginent-ils les services du pôle en réponse à leurs difficultés?

Dans ce cadre, les instances du PRC ont souhaité conduire une étude qualitative exploratoire dont le but était d'aller chercher de l'information concernant des attitudes, des préférences, des opinions ou suggestions auprès des acteurs intégrant ou susceptibles d'intégrer des actions d'EPS/PS dans leur pratique.

L'objectif principal était de dresser un état des lieux (perceptions, connaissances, attitudes et attentes) de la place de l'EPS/PS et du PRC Champagne-Ardenne dans les pratiques des acteurs des champs de la santé, du social, de l'éducation et du médico-social de la région Champagne-Ardenne.

L'objectif secondaire était de dégager des recommandations, des pistes d'action et des thèmes prioritaires en EPS/ PS pour réajuster les réponses et services existants en région selon les besoins rencontrés par les acteurs.

## 3. Méthodes

---

### 3.1. Démarche qualitative

---

Cette étude prospective s'intègre dans une démarche qualitative. Cette méthode est adaptée à l'exploration des représentations des participants (21). Elle permet d'explorer le sens que les acteurs donnent à leurs pratiques, d'approcher de manière plus approfondie les logiques des conduites et des discours. Des entretiens semi-dirigés ont été réalisés afin de favoriser l'expression des participants suivis d'une analyse thématique catégorielle.

### 3.2. Echantillonnage

---

Nous nous sommes intéressés aux acteurs des champs de la santé, de l'éducation nationale, du sociale et du médico-sociale identifiés comme les cibles principales des services proposés par le PRC dans les 4 départements de la région Champagne-Ardenne (Ardenne, Marne, Aube, Haute-Marne). Ne cherchant pas à atteindre un échantillon représentatif, nous avons volontairement limité le nombre de participants à 16 personnes. Nous avons constitué l'échantillon à partir des contacts fournis par les membres des GTR de l'axe appui méthodologique et de l'axe formation selon certains critères (type de structure, localisation géographique, champ d'intervention, public bénéficiaire). Une représentation des 4 champs d'action ciblés (santé, éducation nationale, sociale et médico-sociale) dans les 4 départements a été retenue. Les 16 personnes qui ont été incluses dans l'enquête sont des acteurs de terrain ayant bénéficié au moins une fois des services du pôle avec une expérience d'au moins 2 ans à temps plein dans la structure.

Le premier contact s'est fait par téléphone pour obtenir un accord de principe de participation à l'étude. Puis un courriel de confirmation a été envoyé en reprenant la date, l'horaire et le lieu de la rencontre convenus au préalable par téléphone. Globalement, les personnes contactées ont accueilli positivement la démarche.

### 3.3. Recueil de données

---

#### 3.3.1. Entretien semi-directif

---

Nous avons choisi un recueil de données par entretien semi-directif. Le but de cette technique était la collecte d'une information personnalisée approfondie dans un face-à-face en laissant une liberté de parole dans un cadre relativement strict. L'entretien semi-directif a permis d'orienter en partie le discours des personnes interrogées autour de thématiques définies au préalable et consignées dans un guide d'entretien (22).

#### 3.3.2. Elaboration et évolution du guide d'entretien

---

Le guide d'entretien (annexe 1) a été élaboré pour explorer comment les acteurs définissaient la santé, l'EPS/PS, quelle était la place de l'EPS/PS dans leurs pratiques, quel était le niveau de connaissance et d'utilisation du PRC Champagne-Ardenne, les besoins et les difficultés rencontrés par les acteurs et quelles seraient les actions et les thématiques prioritaires en EPS/PS. La première partie du guide d'entretien était consacrée à une contextualisation de l'échange afin d'établir une relation enquêteur/ enquêté. Cette prise de contact était nécessaire avant de commencer l'entretien pour motiver la personne sollicitée, accrocher son intérêt, et la mettre en confiance pour l'amener à collaborer. La présentation et la signature du formulaire de consentement libre, éclairé et exprès (annexe 2) a clôturé l'introduction de l'entretien.

Nous avons procédé au test du guide, lors d'un entretien informel, dans les conditions réelles de recueil de données. Cette étape nous a conduits, non pas à modifier les questions mais à intégrer des supports visuels pour faciliter la compréhension et la communication lors de l'échange (annexe 3).

### 3.3.3. Conditions de recueil de données

---

Nous avons réalisé 16 entretiens semi-dirigés du 4 au 21 mars 2016 au sein des structures participantes dans les 4 départements de la région Haute-Marne. Les entretiens ont duré de 38 à 72 minutes. Les entretiens ont été enregistrés sur un support numérique, un enregistreur vocal numérique PHILIPS DVT 8000 dans un souci de commodité d'analyse des données. A la fin de chaque entretien, le fichier correspondant à l'enregistrement était systématiquement numéroté et transféré sur un ordinateur.

## 3.4. Analyse des entretiens

---

Cette partie rigoureuse, systématique, vérifiable et focalisée sur les objectifs de l'investigation a compris la transformation d'un discours oral en texte, puis la construction d'un instrument d'analyse pour étudier la signification des propos.

### 3.4.1. Transcription des données

---

Les entretiens ont été transcrits dans leur intégralité de manière à respecter l'expression des sujets. Nous avons utilisé l'application gratuite de Google chrome « *Speechlogger* » disponible sur : <https://speechlogger.appspot.com/fr/>, qui permet d'importer la bande sonore et de la transformer en texte par reconnaissance vocale. Cet outil présentant des limites, nous avons procédé à deux écoutes supplémentaires pour finaliser la transcription dans des fichiers individuels au format *Microsoft Word 2007*.

### 3.4.2. Analyse thématique

---

L'analyse de contenu est un processus évolutif et continu basé sur les transcriptions du verbatim qui a démarré après le premier entretien. Nous avons utilisé un logiciel d'analyse qualitative RQDA qui se base sur le logiciel open source R, et l'interface visuelle R studio.

Une première lecture flottante, pour faire connaissance avec les documents à analyser, a laissé place aux premières impressions et a fait apparaître des idées significatives (23). Nous avons ensuite réalisé un codage axial du verbatim en le découpant en unités de sens qui constituent l'univers discursif de l'énoncé (24). Ainsi, chaque partie du verbatim a été codée et puis chaque code a été regroupé dans une catégorie représentant l'idée qu'elle véhicule et correspondant un segment des discours en lien avec l'objet étudié. Si une partie de texte contenait plusieurs idées, elle a été classée dans plusieurs catégories différentes.

Ces étapes ont conduit à construire un arbre de concepts qui représente les résultats du travail (annexe 4). La construction de cet arbre de concepts a été progressive et évolutive, constamment enrichie par les nouveaux verbatim.

Lors de cette phase, les données brutes ont été traitées de manière à être significatives et valides. Des opérations statistiques simples ont permis d'établir des diagrammes et des figures, qui condensent et mettent en relief les informations apportées par l'analyse (25).

L'interprétation des résultats a consisté à «prendre appui sur les éléments mis au jour par la catégorisation pour fonder une lecture à la fois originale et objective du corpus étudié» (26).

Ce processus d'analyse de contenu a donc compris deux moments distincts mais complémentaires : l'organisation des données impliquant une «segmentation» et entraînant d'abord une «décontextualisation», suivie de leur interprétation conduisant à une «recontextualisation» (25).

### 3.5. Aspects éthiques et réglementaires de l'étude

---

#### 3.5.1. Participation à l'investigation et consentement éclairé

---

Le recueil des données lors des divers entretiens s'est effectué selon la disponibilité de chaque participant et dans le respect le plus total de sa vie privée, de ses choix, de ses avis. Les personnes sollicitées pour l'entretien semi-dirigé ont signé un formulaire de consentement éclairé confirmant leurs accords avec les conditions de participation.

#### 3.5.2. La confidentialité des résultats – la protection des données

---

Toutes les données recueillies lors des entretiens ont été anonymisées afin de garantir la confidentialité auprès des participants. La demande d'autorisation pour enregistrer a été intégrée dans le formulaire de consentement.

#### 3.5.3. Un usage efficient des données recueillies

---

Les apports de chaque participant ont été respectés. Aucune transformation des données hors de leur contexte n'a été faite. Chaque avis recueilli a été pris en compte.

#### 3.5.4. Un retour aux participants

---

Un retour des résultats de l'investigation aux participants a été réalisé par courriel.

## 4. Résultats

### 4.1. Caractéristiques des participants

Les caractéristiques des participants recueillies anonymement en début d'entretien sont présentées dans le tableau II. Les entretiens semi-directifs ont concerné 16 acteurs répartis dans les 4 départements de la région Champagne-Ardenne. Dans chaque département, un acteur de chaque champ d'action ciblé (éducation, médico-social, santé, social) a été interviewé dont la majorité était des femmes (94%). La répartition des tranches d'âge des participants par ordre décroissant est la suivante : 50-60 ans (37.5%), 30-40 ans (31%), 40-50 (19%) et 20-30 ans (12.5%).

Tableau II: Caractéristiques des participants

N°	Sexe	Age	Dép.	Type de structure	Champs d'intervention	Publics bénéficiaires
1	F	50-60	10	Etat	Education	Enfants-adolescents
2	F	30-40	51	Etat	Education	Lycéens
3	F	40-50	52	Etat	Education	Lycéens
4	F	50-60	08.	Etat	Education	Lycéens
5	M	50-60	10	Association	Médico-social	Handicapés
6	F	50-60	52	Association	Médico-social	Handicapés
7	F	40-50	52	Association	Médico-social	Handicapés
8	F	40-50	08.	Association	Médico-social	Handicapés
9	F	40-50	10	Etat	Santé	Handicapés
10	F	20-30	51	Collectivité territoriale	Santé	Tous publics
11	F	30-40	08.	Collectivité territoriale	Santé	Tous publics
12	F	40-50	08.	Collectivité territoriale	Santé	Tous publics
13	F	30-40	10	Association	Social	Tous publics
14	F	50-60	51	Collectivité territoriale	Social	Personnes en précarité
15	F	50-60	52	Collectivité territoriale	Social	Enfants-adolescents
16	F	20-30	52	Collectivité territoriale	Social	Tous publics

### 4.2. Flou des concepts, des significations plurielles

#### 4.2.1. Approche globale de la santé

Les représentations de la santé ont été relativement homogènes. Pour l'ensemble des acteurs, la santé était un état de bien-être global, physique et psychique qui dépassait l'absence de maladie et les normes médicales. La santé a été perçue comme un phénomène multifactoriel par 27% des acteurs en intégrant implicitement les déterminants dans la définition de la santé. Le concept d'autonomie a été évoqué par les professionnels de la santé représentant 12.5% des acteurs.

#### 4.2.2. Education pour la santé: amalgame des concepts

Les représentations de l'éducation pour la santé ont été hétéroclites. Pour 37.5% des acteurs, l'EPS se limitait à donner des informations et transmettre des connaissances. L'EPS a été perçue pour 25% des professionnels, comme un processus qui commence par un travail sur les représentations en permettant aux personnes de réfléchir sur leurs vécus, sur leurs ressentis, sur leurs perceptions. Deux notions ont été sous-jacentes dans la définition de l'EPS : le développement des compétences psychosociales (10%) et l'auto-détermination encore appelé « *empowerment* » (12.5%). La prévention a été associée à l'EPS par 12.5% des professionnels et spécifiquement du champ de la santé. L'EPS a été située comme un axe de la promotion de la santé par 12.5% des acteurs.

#### 4.2.3. Promotion de la santé: concept indéfini

---

Le concept de promotion de la santé a été plus incertain présentant des compréhensions multiples et variées. Il a été assimilé par 31.2% d'entre eux à l'action de promouvoir la santé. Il a été aussi question d'agir sur certains déterminants (37.5%) centrés sur les comportements individuels. La promotion de la santé a été associée à la sensibilisation et à la prévention (37.5%). L'amalgame avec l'éducation pour la santé a été prégnant et n'était pas fonction des champs d'intervention des acteurs. L'idée d'accompagnement non pas pour le changement de comportement mais pour la facilitation d'un choix éclairé a été exposée (10%). La notion d'*empowerment* a été amenée (10%) ainsi que le principe de transmission (25%). La dimension collective de la promotion de la santé a été supposée par la prise en compte de la population (10%). Pour d'autres, la promotion de la santé a concerné le cadre réglementaire et les professionnels (10%). Les axes de la promotion de la santé comme définis par la Charte d'Ottawa ne sont quasiment pas apparus auprès de l'ensemble des acteurs en dehors de l'acquisition des aptitudes individuelles perçue de façon isolée.

#### 4.2.4. Démarche qualité: besoin d'explication

---

La démarche qualité en promotion de la santé est ressortie comme une notion méconnue ou incomprise pour la majorité des acteurs (97%). La curiosité des acteurs pour ce concept nous a conduits à leur expliquer succinctement la place que la démarche qualité pourrait avoir dans leurs pratiques. Cette illustration a engendré un véritable engouement pour cette démarche.

### 4.3. EPS et promotion de la santé: une place prépondérante dans la pratique des acteurs

---

#### 4.3.1. Education nationale : entre programme, projet d'établissement et offre de service

---

L'ensemble des acteurs du champ de l'éducation a fait référence au Comité d'Education à la Santé et à la Citoyenneté (CESC), intégré au projet d'établissement. De plus, les infirmiers scolaires répondaient à des appels à projets ou menaient des actions d'EPS avec les équipes éducatives. Des séances d'EPS étaient aussi proposées par les infirmières (2/4) au niveau de l'internat. Les actions en EPS développées au sein des établissements scolaires dépendaient certes du projet d'établissement mais elles étaient également fonction des offres de services proposés par les différents prestataires.

#### 4.3.2. Santé et territoire

---

Les actions menées par la majorité des acteurs du champ de la santé (3/4) étaient associées à la notion de territoire à travers le Contrat Local de Santé (CLS). Un Plan Local de Santé (PLS) a été élaboré à partir des résultats d'un diagnostic de santé local venant se matérialiser par un CLS. Les CLS portaient sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins, l'accompagnement médico-social, les déterminants de la santé. De plus, une communauté de communes constituait une demande d'agrément auprès de l'ARS pour la mise en place d'une maison de santé pluridisciplinaire.

#### 4.3.3. Actions transversales dans le champ du social

---

Les acteurs du champ du social menaient des actions d'EPS individuelles ou collectives. Les besoins en matière de prévention et de promotion de la santé étaient importants et nécessitaient un travail en partenariat. Ces actions étaient conduites par des prestataires de services qui étaient des associations, des mutuelles ou des caisses d'assurances maladie. Chaque prestataire couvrait des thématiques spécifiques et complémentaires. Les

collaborations entre les acteurs de l'EPS étaient largement déployées. Les compétences psychosociales étaient abordées de manière transversale à travers des ateliers bricolage, cuisine...etc.

#### 4.3.4. Approche pluridisciplinaire et pluri professionnelle du médico-social

Pour les acteurs du champ du médico-social, les actions en EPS étaient multiples et ciblées sur des thématiques récurrentes : addictions, vie amoureuse, alimentation, hygiène corporelle mais aussi sur la prévention des risques, des cancers, le dépistage (diabète, obésité...etc.). Les actions étaient menées par le personnel éducatif ou par des prestataires extérieurs. Le travail d'équipe était prégnant, associant des professionnels de domaines et disciplines variés (éducatif, soin, social, rééducation, psychologue, psychiatre... etc).

Le déploiement d'actions collectives auprès d'un public handicapé nécessitait une réflexion pluri professionnelle. Le développement d'une politique en promotion de la santé dans les structures médico-sociales constituait le résultat d'un engagement institutionnel en l'intégrant dans le projet d'établissement et le projet associatif. Une association médico-sociale dans le département de l'Aube a élaboré un plan stratégique de santé couvrant les 23 structures qui la composent.

#### 4.4. Freins et difficultés dans la mise en place d'intervention en EPS/ PS

##### 4.4.1. Volonté institutionnelle et politique

La mise en place d'intervention en EPS/PS dépendait pour 75% des acteurs d'une volonté institutionnelle et politique. L'impact des actions en EPS/PS n'était pas visible immédiatement et laissait les instances décisionnelles des associations ou des collectivités territoriales parfois perplexes concernant le déploiement de telles actions. De plus, il n'était pas aisé de vérifier le retour sur investissement au niveau communal et intercommunal. Au niveau de l'éducation nationale, les actions d'EPS dépendaient du projet d'établissement et de la bonne volonté du chef d'établissement et du conseil pédagogique.

##### 4.4.2. Disponibilité des ressources

La mise en place d'action en EPS et de projet en promotion de la santé dans les structures était rendue complexe par le manque de moyens alloués. L'ensemble des professionnels interviewé a énoncé comme difficultés principales : l'argent (62.5%), le temps (44%) et les moyens humains (25%). Les professionnels ont été pourvus d'une mission dans laquelle l'EPS et la promotion de la santé constituaient souvent un axe transversal. La pluralité des financements était problématique et les procédures d'appel à projet étaient parfois complexes de l'élaboration à la mise en œuvre des actions. Les demandes de cofinancement étant chronophages, cela impliquait la mobilisation de personnel qui n'a pas été prévue. Les courts délais entre la parution de l'appel d'offre et le dépôt du dossier rendaient la tâche fastidieuse voire impossible. Cet état de fait associé au chevauchement des différentes sources de financement a pu remettre en question la faisabilité d'une intervention et surtout décourager les acteurs.

La majorité des structures rencontrées (67%) ont fait appel à des structures pour des prestations de services en fonction de thématiques spécifiques. Il a été déploré une rupture des financements de ces associations laissant des besoins non couverts par 31.2% des acteurs.

#### 4.4.3. Synergie et méthode

---

Parmi les difficultés énoncées par les acteurs dans la mise en place des interventions en EPS/PS, l'évaluation des actions (37.5%), la planification (25%) et la coordination (19%) étaient prééminentes. L'évaluation des actions était absente ou limitée à mesurer le niveau de satisfaction des participants et des usagers. Ces évaluations revêtaient une forme orale ne privilégiant pas la traçabilité des actions. Il restait compliqué pour les acteurs d'identifier des indicateurs de résultats et de processus. Les actions correctrices et les pistes d'amélioration n'étaient quasiment pas mises en œuvre. En milieu scolaire, les actions en EPS n'étaient pas forcément incluses dans le programme rendant délicates leurs planifications. La coordination des actions et des acteurs constituaient une étape tout autant chronophage qu'indispensable. Cela supposait une flexibilité et une adaptabilité des acteurs. Les contraintes institutionnelles et l'individualisme généraient des freins dans le déploiement d'action en EPS. Les acteurs n'avaient pas l'habitude de travailler ensemble rendant difficile la coordination des actions communes.

#### 4.4.4. Mobilisation des acteurs et du public

---

La mobilisation des bénéficiaires demeurait un obstacle majeur pour 75% des acteurs. Pour les acteurs du social, l'adhésion du public n'était pas une évidence et des solutions pour motiver les bénéficiaires étaient recherchées. La difficulté résidait dans l'identification d'une stratégie d'action visant à accrocher le public et le rendre acteur. De plus, il apparaît compliqué d'intervenir auprès d'un public en situation de précarité qui rencontre des difficultés pour formuler une demande. Le manque de participation des habitants aux actions proposées a pu décevoir ou décourager les équipes de professionnels.

Concernant un public handicapé psychique ou avec des troubles cognitifs importants, la problématique de la mobilisation se conjugait. En effet, cette population présentait des problèmes de concentration et d'adaptation majeure. Le patient était en difficulté pour recevoir et prendre le recul nécessaire par rapport aux informations que l'on peut lui transmettre.

La mobilisation du public pouvait aussi résulter d'un problème de mobilité géographique. En zone rurale ou semi-rurale, la population rencontrait des difficultés réelles dans les déplacements impactant l'accès aux soins et limitant les possibilités de participer à des actions d'EPS. La mobilisation des partenaires de façon continue était présentée également comme une difficulté.

#### 4.4.5. Pertinence des actions

---

Les actions proposées étaient parfois (12.5%) en inadéquation par rapport aux besoins réels du public cible. Les prestataires de services disposaient dans leurs Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) de projet préétablis pour une période donnée qui ne correspondaient par forcément aux besoins spécifiques des structures. Dans la majorité des situations, les personnes sollicitant les interventions en EPS étaient différentes des bénéficiaires. Celles-ci ont une représentation de ce qui peut être fait et des besoins du public qui peuvent être discordants avec la réalité. L'étape du diagnostic était limitée à la perception des besoins par certains professionnels.

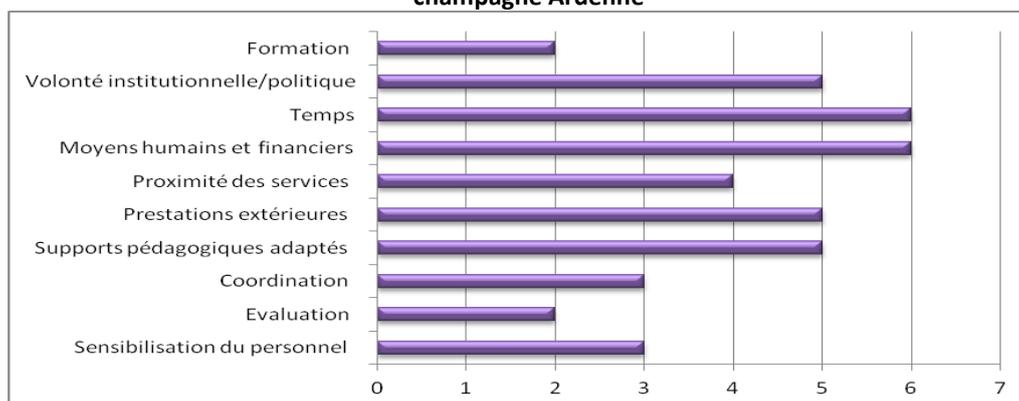
#### 4.5. Besoins potentiels perçus par les acteurs pour développer des actions en EPS/PS

---

Les besoins exprimés par les acteurs du social, du médico-social, de la santé et de l'éducation en champagne Ardenne sont présentés dans le graphique 1. Le temps, les moyens

humains et financiers ont été considérés par 37.5% des acteurs interviewés comme des besoins notables pour développer des actions d'EPS/PS. Pour le déploiement de telles actions, une volonté institutionnelle et politique a été estimée essentielle (31.2%), conjuguée à des besoins de coordination (19%), de sensibilisation du personnel (19%) mais aussi de formation (12.5%) et d'évaluation (12.5%). Pour des publics souffrants d'handicap mental ou psychique, un besoin en supports pédagogiques adaptés (31.2%) a été formulé. Un besoin de proximité des services et de prestations extérieures a également été exprimé par 25% des acteurs.

**Graphique 1 : Besoins exprimés par les acteurs du social, du médico-social, de la santé et de l'éducation en champagne Ardenne**



#### 4.6. Pôle régional de compétences en EPS/PS Champagne-Ardenne: un programme utilisé dans l'ombre

##### 4.6.1. Méconnaissance du PRC en EPS/PS : confusion des services du Pôle avec les missions de l'IREPS

Seulement 12.5% des personnes interviewées ont eu une connaissance précise du PRC dans sa terminologie et des services qu'ils proposent. A travers les entretiens, une assimilation des services du PRC aux missions de l'IREPS a été relevée notamment au niveau de l'offre de formation et des actions en EPS. Il était difficile pour eux de les distinguer. Après une présentation du PRC, de ses partenaires et de ses services, l'ensemble des personnes a consenti avoir déjà utilisé ses services et être en relation avec ses partenaires.

##### 4.6.2. Utilisation générale des services du PRC en EPS/PS

Au moins un des services proposés par le PRC a été utilisé de façon unanime par les professionnels. Le service de documentation a semblé avoir un franc succès auprès des différents acteurs dans l'approvisionnement des lieux d'information situés sur le territoire (18.75%) et comme support de communication dans les interventions en EPS menées par les acteurs (75%). Les acteurs ont plébiscité les outils pédagogiques mis à disposition par le service de documentation (67%) ainsi que les ateliers découvertes d'outils pédagogiques en EPS (62.5%) organisés périodiquement sur les 4 départements de la région Champagne-Ardenne. Ils constituaient un support de travail que les acteurs ne pourraient pas se procurer par manque de budget (12%). Le service d'appui méthodologique développé par le PRC a été reconnu par les acteurs. Les « cafés méthodo » rassemblant les acteurs autour d'une étape de la méthodologie de projet en EPS/PS ont été appréciés (25%). Les accompagnements individuels et collectifs concernant la conception de projet ont été également remarqués dans le cadre des appels à projets ARS ou autres (31.2%). Concernant la formation des acteurs en promotion de la santé, 37.5% des acteurs ont déjà participé à une formation principalement en méthodologie de projet (25%), sur les compétences psychosociales (10%) et sur l'alimentation (10%).

#### 4.6.3. Services du PRC : réponses adaptées aux besoins des acteurs

---

Après avoir décliné les axes d'intervention du PRC, l'ensemble des acteurs a pensé que les services proposés par le pôle pouvaient constituer une réponse à leurs besoins. L'axe formation a été le plus plébiscité par les acteurs (75%) comme par exemple la formation des bénévoles sur l'hygiène ; des animateurs périscolaires en éducation pour la santé ; en méthodologie de projet...etc. La documentation, la mise à disposition d'outils pédagogiques et les conseils donnés par les documentalistes ont été estimés en adéquation avec leurs besoins. L'appui méthodologique a été également perçu comme un axe du PRC constituant un moyen de satisfaire leurs besoins quotidiens émergents (56.2%) notamment en termes d'écriture de projet lors des appels à projet ARS, la conception de projet du diagnostic à l'évaluation, avec un point particulier sur l'évaluation et la formulation des indicateurs et l'accompagnement dans la démarche qualité.

#### 4.7. Plateforme-ressources en EPS/PS : des attentes diversifiées

---

Les acteurs des champs de la santé, du social, du médico-social et de l'éducation ont émis certaines attentes vis-à-vis du PRC en EPS/PS. Cependant 12.5% d'entre eux ont déclaré être déjà satisfait des services proposés actuellement.

Il a été attendu que cette plateforme-ressources soit un centre d'information (31.5%) où les acteurs pourraient obtenir des renseignements sur l'ensemble des structures et organismes publics et privés intervenants en EPS/PS toutes thématiques confondues sur le territoire. Cette aide serait précieuse dans le cadre de recherche de financement et de partenaires pour développer de futures actions en EPS/PS. Certaines personnes interviewées (12.5%) ont évoqué une plateforme qui rassemblerait et qui fédérerait les acteurs en EPS/ PS en région Champagne-Ardenne.

Il a été relevé que le support de communication devait être réfléchi pour optimiser la recherche d'information ou recevoir l'information sans que cela ne devienne de la contre information (12.5%).

Les acteurs (25%) ont souhaité que le PRC puisse jouer un rôle de facilitateur pour mettre en place des actions locales par exemple dans le cadre d'un PLS ou dans la mobilisation des professionnels de santé en milieu rural pour se réunir en maison de santé pluridisciplinaire. L'apport d'une expertise en diagnostic de santé a été également soulevé (31.2%).

Au-delà d'un appui méthodologique dans la conception de projet déjà proposé par le PRC, certains acteurs (12.5%) ont voulu bénéficier d'un accompagnement dans la mise en œuvre des projets en EPS/PS et d'un soutien dans le déploiement d'une démarche participative (12.5%). L'approche participative a été perçue par les acteurs notamment du champ du social comme une stratégie pour favoriser l'adhésion du public cible. Au niveau d'un quartier ou d'un territoire, le PRC a été identifié comme une aide possible dans la mise en place de conseils citoyens ou de conseil de développement (12.5%).

Dans une autre perspective, il a été attendu que les services du PRC, comme déclinés actuellement, puissent être mobiles pour garantir des actions collectives de proximité comme, par exemple, réaliser un appui méthodologique auprès d'une équipe de soins complète directement au sein des structures sanitaires.

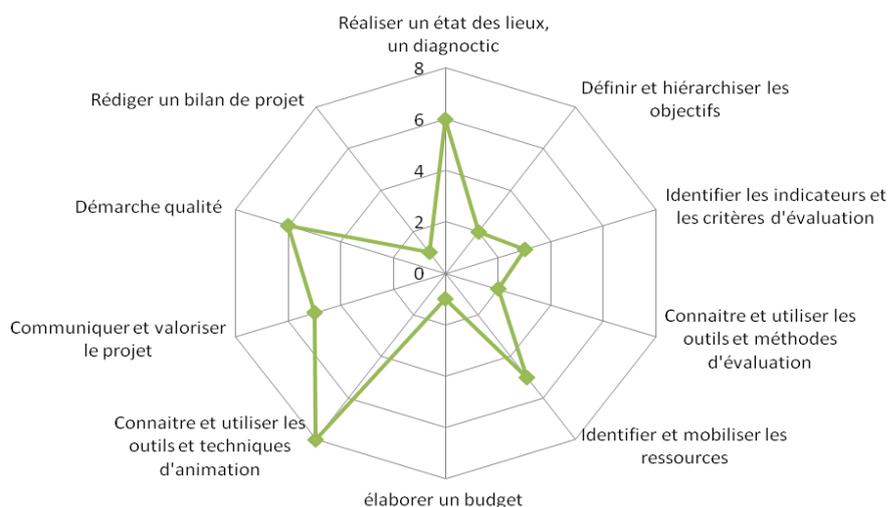
Les acteurs du médico-social (75%) et de la santé (25%) ont souhaité que cette plateforme puisse proposer davantage une documentation et des outils pédagogiques plus spécifiques à

un public handicapé psychique et mental. Il manquerait des études, des travaux ou des outils spécifiques à la santé mentale et pour les personnes handicapées psychiques (12.5%). En ce sens, le PRC pourrait s’impliquer et collaborer avec des équipes de chercheurs pour développer des actions et des outils pédagogiques pour un public spécifique handicapé psychique et mental (10%).

#### 4.8. Pistes d’action et thèmes prioritaires en EPS/PS

##### 4.8.1. Axe Méthodologique: un véritable appui

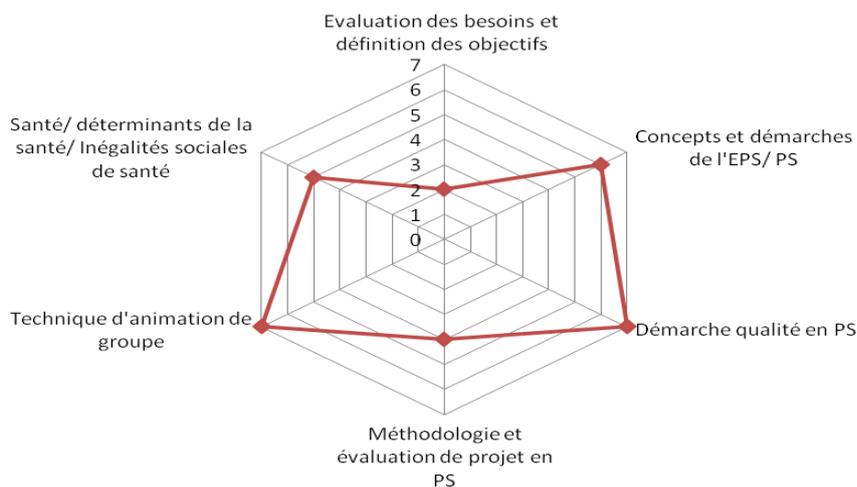
**Graphique 2 : Etapes en méthodologie de projet ciblées pour un appui méthodologique**



Comme présenté dans le graphique 2, 50% des acteurs rencontrés ont souhaité être appuyés sur les outils et techniques d’animation parmi les étapes en méthodologie de projet en EPS/PS. L’appui dans la mise en place de la démarche qualité a été convoité principalement par les acteurs de la santé/ territoire au même titre qu’un appui dans la réalisation d’un diagnostic tous champs d’action confondus (37.5%). Un soutien méthodologique en termes de communication et de valorisation de projet ainsi que sur l’identification et la mobilisation des ressources a été demandé par 31.2% des acteurs. L’identification des indicateurs et des critères d’évaluation a constitué une étape sur laquelle un accompagnement a été visé (18.7%). Les acteurs adhérents aux modalités d’appui méthodologique proposés par le pôle de compétence ont émis une préférence pour une approche collective (15 versus 13).

##### 4.8.2. Thèmes méthodologiques: une entrée pour la formation

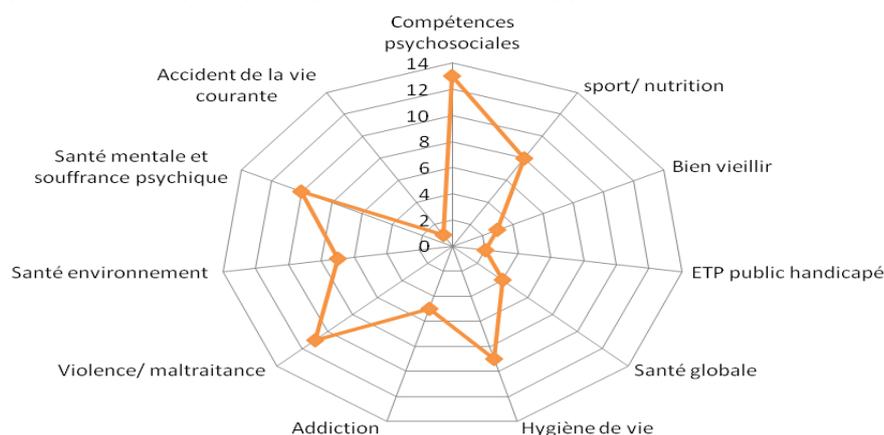
**Graphique 3 : Thèmes méthodologiques à aborder au cours d’une formation**



Dans le cas de figure où l'offre de formation privilégierait une entrée par thèmes méthodologiques (graphique 3), 43.7% des acteurs ont ciblé une formation sur la démarche qualité en Promotion de la Santé ainsi que les techniques d'animation de groupe. De manière décroissante, les thèmes méthodologiques sur lesquels les acteurs ont souhaité être formés étaient (i) les concepts et démarches de l'EPS/ PS (37.5%), (ii) la santé, les déterminants de la santé, les inégalités de santé (31.2%), (iii) la méthodologie et évaluation de projets en promotion de la santé (25%), (iv) l'évaluation des besoins et définition des objectifs (12.5%).

#### 4.8.3. Thématiques spécifiques de formation

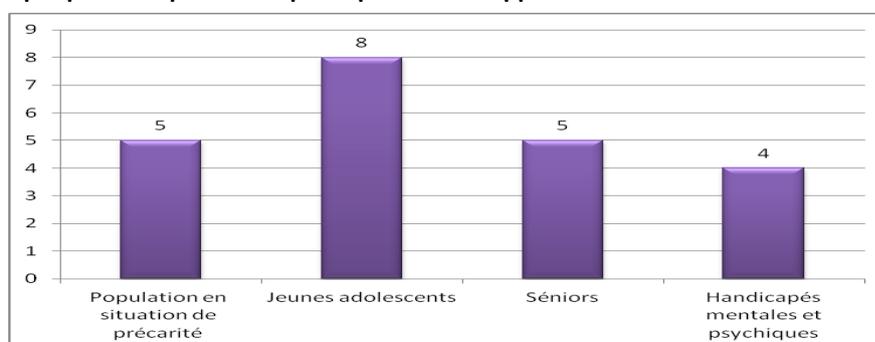
**Graphique 4 : Thématiques spécifiques souhaitant être approfondies au cours d'une formation**



Le graphique 4 montre que la thématique la plus convoitée (81.2%) parmi les acteurs tous les champs a été les compétences psychosociales. La violence/ maltraitance a soulevé également une importance chez les acteurs (67%) et unanimement chez les professionnels du social et de l'éducation. La santé mentale et la souffrance psychique ont présenté un fort engouement auprès des acteurs (62.5%). La thématique de l'hygiène de vie (sommeil, le rythme biologique) a focalisé 56.2% des intentions mais plus précisément sur l'hygiène corporelle qui est ressortie comme une problématique sans solution. Puis de manière décroissante, les thématiques qui ont suscité l'intérêt des acteurs sont : le sport/nutrition (50%), la santé/ environnement (43.7%), les addictions (31.2%), la santé globale (25%), le bien vieillir (18.7%), l'éducation thérapeutique du patient pour un public handicapé (12.5%) et les accidents de la vie courante (10%).

#### 4.7.4. Populations spécifiques

**Graphique 5 : Populations spécifiques à développer au cours d'une formation**



Parmi les populations spécifiques (graphique 5) sur lesquelles les acteurs ont désiré être formés, nous avons tout d'abord les jeunes/ adolescents (50%), les populations en situation de précarité (31.2%), les séniors (31.5%) et les personnes handicapées mentales et psychiques (25%).

## 5. Discussion

---

Les résultats de l'étude dressent un état des lieux de la place de l'EPS/PS et du PRC Champagne-Ardenne en EPS/PS dans les pratiques des acteurs du champ de la santé, du social, du médico-social et de l'éducation et apportent des éléments de réflexion qui seront développés dans cette partie. De plus, des pistes d'action et des thèmes prioritaires en EPS/PS émergent et convergent avec les résultats recueillis dans les études de besoins réalisées en 2014 et 2016 et avec les priorités régionales de santé.

### 5.1. Vulgarisation des concepts : nécessité d'une culture commune

---

Pour parler de la santé, les acteurs font référence à la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé OMS (1946) qui précise que « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* » (27). Au-delà de l'aspect statique et du point de vue utopiste de cette définition, les acteurs se sont davantage focalisés sur son caractère subjectif qui se fonde sur la notion de bien-être, perception individuelle, non quantifiable et dépendant d'un contexte temporel, culturel et social. La dimension sociale de cette définition (28) a été abordée par un acteur en disant que la santé, c'est « être bien dans son environnement et dans son travail ».

Le concept d'EPS est mal maîtrisé par les acteurs tous champs d'action confondus. Selon la classification des définitions de l'EPS en fonction des méthodes sous-jacentes de J. BURY (28), les acteurs privilégient majoritairement une approche informative qui a fait les preuves de ses limites et une approche suggestive qui exploite les mécanismes inconscients de prise de décision soulevant des interrogations sur le plan éthique. L'approche éducative visant la motivation et la participation pour entraîner un comportement volontaire adapté (28) a été sous-jacente en introduisant la notion de processus, d'*empowerment* et de compétences psychosociales (CPS). L'OMS définit les compétences psychosociales comme « *la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adoptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement* (29)».

Le concept de promotion de la santé est méconnu et les acteurs ont des interprétations différentes. Elle est associée à la prévention qui a pour objet la maladie et le risque, et renvoie à une conception particulière de la santé comme absence de maladie. Dans la plupart des cas, les acteurs ont mis l'accent sur des problématiques liées à des comportements individuels (alimentation, addictions, activité physique, ...). Il leur a été difficile de définir la promotion de la santé comme une intervention sur tous les déterminants pour réduire les inégalités sanitaires, sociales et géographiques de santé. En référence à la Charte d'Ottawa (1), une intervention de promotion de la santé est considérée comme efficace à partir du moment où elle contribue effectivement à renforcer la capacité d'un individu ou d'un groupe à agir sur les déterminants de sa santé. Ainsi définie, l'*empowerment* devient le critère principal de succès de la promotion de la santé (30), notion évoquée par un acteur du médico-social. La combinaison et la convergence des axes d'intervention en promotion de la santé pour améliorer l'état de santé sont méconnues par les acteurs.

La complexité des déterminants de santé et la multiplicité des facteurs interagissant sur chacun de ces déterminants de santé obligent à une démarche de transversalité, traversant les champs d'intervention des acteurs et imposant une pluridisciplinarité, partenariat et

coordination. Il en résulte la nécessité d'une culture commune et d'un langage commun en EPS/PS. Pour cela, il est nécessaire de clarifier et de vulgariser les termes de promotion de la santé, éducation pour la santé et prévention mais aussi le concept et les principes de démarche qualité en promotion de la santé. En effet, la démarche qualité qui est « *un processus global, systématique et continu qui vise à améliorer en permanence la qualité du service rendu aux personnes et aux populations concernées par les actions mises en œuvre par les associations* »(31), est mal comprise par les acteurs. Elle nécessite de développer une « culture qualité » et des outils pour permettre aux acteurs de se projeter dans une telle démarche et d'investir dans sa mise en œuvre.

## 5.2. Transversalité ou externalisation de EPS/ PS

---

L'éducation pour la santé s'inscrit dans une perspective d'amélioration globale de la santé. Elle s'intéresse aux attitudes et aux comportements de santé, aux modes de vie des individus et rassemble des approches qui ont pour but d'aider, de motiver et d'informer la population à maintenir et à améliorer sa santé (28, 32). Elle est très majoritairement une activité partagée et concerne potentiellement tous les professionnels du champ sanitaire, du social ou de l'éducatif qui influencent la santé des populations. C'est une fonction intégrée, de manière plus ou moins explicite et selon des formes très diverses, à un métier principal (33).

Cependant, les acteurs mènent des actions qui peuvent être identifiées comme étant une activité supplémentaire à leurs missions initiales. La mobilisation des prestataires de services en EPS demeure centrale dans les pratiques des acteurs de tous les champs confondus. Cela démontre une difficulté à agir transversalement dans la pratique quotidienne et une tendance à externaliser l'EPS. La notion de prestataire induit une démarche descendante en EPS/PS et une mauvaise appropriation de la démarche en EPS/PS par les acteurs qui devrait être intégrée dans leurs activités. Le transfert de compétences en EPS/PS constitue un axe majeur du PRC, acteur de seconde ligne, qui devrait être prolongé et accentué. Les intervenants spécialisés avec une activité entièrement dédiée à l'EPS au sein même des structures sont en nombre relativement restreint dans le contexte Français.

Les interventions en EPS/PS dépendent des politiques de santé publique en général et des projets d'établissement en particulier. Elles sont tributaires des multiples appels à projet qui nécessitent des compétences en méthodologie de projet et du temps que les structures ne peuvent pas toujours déployer. Ce cadre constitue un véritable frein au développement de l'EPS/PS. La fluctuation des ressources allouées à l'EPS/PS n'est pas favorable à une dynamique pérenne et peut être un facteur de découragement des professionnels. Cependant l'EPS/PS font aussi l'objet d'un axe spécifique dans les projets d'établissement médico-sociaux. L'éducation nationale s'est également dotée dans le second degré d'un outil au service des acteurs de l'éducation à la santé : le CESC. C'est une « *instance de réflexion, d'observation et de veille qui conçoit, met en œuvre et évalue les projets éducatifs en matière de prévention, d'éducation à la santé et à la citoyenneté, intégré au projet d'établissement* » (34).

## 5.3. Evaluation en promotion de la santé et données probantes

---

La promotion de la santé dont fait partie intégrante l'EPS, est une discipline récente (1986–2016). Elle comprend un ensemble d'activités qui vise (i) à faire évoluer le contexte social, politique, économique, et les conditions de vie des personnes dans un sens favorable à leur santé ; et (ii) à donner aux personnes et aux groupes des moyens pour agir sur les déterminants de leur santé (1). Les interventions en promotion de la santé interagissent sur les

déterminants environnementaux (qualité de l'air et de l'eau, conditions de travail et de vie, etc.), sociaux (niveau d'éducation, milieu culturel, etc.), économiques (niveau de revenu, etc.) et liés au système de santé (accès aux soins, etc.). La mise en œuvre des interventions en promotion de la santé relate ainsi une certaine complexité qui constitue un frein à leurs développements.

Par ailleurs, la rareté des évaluations peut remettre en question la crédibilité des interventions en promotion de la santé (35). Les professionnels peuvent adhérer à ce concept et ne pas s'engager par manque de lisibilité de l'impact des interventions en promotion de la santé. Ainsi le manque de preuve de l'efficacité des interventions en promotion de la santé, complexe dans ce domaine, rend difficile l'intégration des connaissances scientifiques dans les processus décisionnels et les pratiques professionnelles (36). Néanmoins de nombreux travaux apportent des données étayées en prévention et promotion de la santé. Cependant, ils sont rédigés généralement en Anglais et publiés dans des revues peu lues. Ils sont jugés difficilement accessibles et nécessitent souvent un outillage méthodologique préalable que les acteurs ne disposent pas toujours (19).

Dans le champ de la promotion de la santé, les connaissances qui doivent être mobilisées afin d'aboutir à une pratique fondée sur les données probantes sont vastes. Les connaissances issues de l'expérience sont complétées par les connaissances scientifiques, qui proviennent elles-mêmes de différentes disciplines et visent à éclairer différents phénomènes en mobilisant diverses méthodes de recherche (38). Ainsi, dans sa définition de la promotion de la santé fondée sur les preuves « Evidence-based health promotion », l'OMS met en avant la complémentarité des sources d'information et des formes de connaissances (39). La définition a pu être formalisée et traduite ainsi *« l'utilisation d'informations, issues de la recherche et des études systématiques, permettant d'identifier les déterminants et facteurs qui influencent les besoins de santé ainsi que les actions de promotion de la santé qui s'avèrent les plus efficaces pour y remédier dans un contexte et une population donnés »* (40).

Au-delà de l'évaluation des interventions en promotion de la santé visant à produire des connaissances pertinentes, l'évaluation à court terme qui permet de justifier les ressources investies en démontrant ses effets demeure également un obstacle majeur dans les pratiques professionnelles.

#### 5.4. Empowerment et approche participative

La difficulté à mobiliser les acteurs et les bénéficiaires dans une action d'EPS/PS renvoie au fait que l'axe « renforcer l'action communautaire » de la Charte d'Ottawa est encore peu développé dans le contexte Français. Les actions conduites par les acteurs ne s'appuient pas suffisamment sur la participation des populations. C'est souvent une action qui est menée de façon descendante, sans consultation ou implication de la population. La population devrait davantage être associée à la définition des problèmes, des besoins, des solutions par le biais d'un diagnostic partagé et participatif, et à l'intervention elle-même à toutes les étapes de l'action. Par ailleurs, certaines actions ne donnent pas assez aux personnes les moyens d'agir pour améliorer leur bien-être et leur qualité de vie. L'action devrait accroître l'autonomie et le pouvoir des personnes et des groupes sur les questions de santé qui les concernent.

Un rapport publié par l'OMS en 2006 démontre l'utilité prouvée de la démarche de l'*empowerment* dans les actions de santé publique. Le fait d'associer la population à la conception et la mise en œuvre d'une action de promotion de la santé accroît son efficacité.

Cela permet aussi de s'attaquer aux inégalités puisque l'*empowerment* bénéficie principalement aux personnes les plus éloignées du pouvoir et de la prévention (41).

Le PRC Champagne-Ardenne doit poursuivre le développement d'une culture participative en appuyant les acteurs dans la conception de projets en EPS/PS privilégiant une démarche ascendante par l'implication de la population du diagnostic à l'évaluation de l'intervention.

### 5.5. Manque de visibilité du PRC Champagne-Ardenne

Initié et financé jusqu'en 2016 par l'INPES sur financement annuel IREPS et l'ARS Champagne-Ardenne via le CPOM IREPS, le PRC contribue au développement de l'EPS/PS en région et a notamment comme mission d'améliorer la qualité des programmes et actions mises en place localement. Pour cela, il fédère les compétences et ressources entre tous les acteurs impliqués dans l'EPS/PS. Les services proposés par le PRC sont intégrés dans les pratiques des acteurs et répondent à leurs besoins en matière de documentation, d'appui méthodologique et de formation.

Cependant, cette plateforme ressources en EPS/PS en Champagne-Ardenne manque de visibilité, et nécessite de développer une meilleure communication pour faciliter sa compréhension et son utilisation. Le défaut de visibilité du PRC peut résider dans son absence de personnalité juridique sous la forme d'une entité spécifique. La pertinence des services rendus par le PRC est indéniable. Ils sont, par contre, assimilés entièrement aux missions de l'IREPS, structure porteuse du PRC en Champagne-Ardenne et ce à juste titre. En effet, en Champagne-Ardenne, environ 90 % des activités du PRC sont confondues avec les missions de base de l'IREPS. Les fonds alloués au PRC financent les actions communes des membres mais également les missions IREPS d'appuis/expertise. Comme signalé dans le rapport de l'IGAS, « *le trouble engendré par la fréquente superposition des missions des IREPS et des PRC, doit en outre, inciter à préciser le rôle de ces associations régionales qui constituent souvent un interlocuteur privilégié pour les ARS* » (19).

Le non-accès au site internet du PRC Champagne-Ardenne peut expliquer en partie la méconnaissance ou les faiblesses de l'identification de son existence. Dans certaines régions (Bretagne, Lorraine, Ile de France, Midi-Pyrénées...etc.), les PRC disposent d'un site internet où il est possible de retrouver des informations sur leurs missions, les membres et les partenaires des pôles, et les différentes offres de services ainsi que des publications récentes...etc. Les PRC sont alors clairement identifiés comme une entité à part entière composée d'un ensemble de partenaires et d'un porteur qui anime et coordonne ses services.

### 5.6. Perspectives : les ressources à développer

Les acteurs ont émis certaines attentes concernant le PRC en réponse à leurs besoins et à leurs difficultés qui peuvent être présentées comme des recommandations et des perspectives. Ainsi, le PRC Champagne-Ardenne pourrait :

(i) renforcer son rôle et être réellement un guichet unique pour les acteurs souhaitant développer des actions en EPS/PS. Cette plateforme serait une centrale d'information et de mise en relation des structures et des organismes publics et privés intervenants en EPS/PS toutes thématiques confondues sur le territoire.

(ii) avoir un rôle d'expert et de facilitateur dans la mise en place d'action d'EPS/PS à l'échelle d'un territoire par exemple au niveau d'une commune avec les ASV, d'une intercommunalité ou encore d'un territoire de premier recours avec les CLS.

(iii) renforcer son rôle d'appui et d'accompagnement des structures dans la mise en œuvre

des projets en EPS/PS, l'évaluation des interventions et le déploiement d'une démarche participative. L'accompagnement désigne autant une fonction qu'une posture, renvoyant à une relation et à une démarche qui, pour être spécifiques, doivent s'adapter à chaque contexte et chaque matrice relationnelle (42).

(iv) accentuer les appuis collectifs en développant davantage les lieux d'échange et de partage d'expérience. Ces appuis collectifs pourraient être délocalisés en proposant des services de proximité vers des lieux plus éloignés ou directement en infrastructure. Ces modalités d'appui permettraient de diversifier les services du PRC.

(v) apporter une aide dans la mise en place de conseils citoyens dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville, sur la base d'un diagnostic des pratiques et des initiatives participatives (43) ou de conseil de développement qui contribue à la réflexion des élus et à la décision politique avec la participation des habitants. Cette aide pourrait se formaliser par des formations méthodologiques visant à favoriser l'appropriation de la démarche participative dans la mise en place des actions d'EPS/PS.

(vi) développer le courtage des connaissances en EPS/PS en accédant aux données probantes ou prometteuses et en les rendant appropriables pour les acteurs.

(vii) impulser et soutenir une dynamique de collaboration entre chercheurs et intervenants de terrain. Par exemple, le PRC Bretagne propose des ateliers d'échange de pratiques entre les professionnels des structures partenaires du PRC et des chercheurs avec pour objectif de développer une dynamique de collaboration, notamment au travers de la co-construction de recherches interventionnelles en promotion de la santé. Il a également développé un espace collaboratif en promotion de la santé, outil de réseautage qui s'adresse à tout chercheur et professionnel de l'intervention en promotion de la santé intéressé par des échanges et des collaborations dans le champ de la promotion de la santé (44).

Le développement d'un axe recherche-innovation par le PRC Champagne-Ardenne pourrait contribuer à apporter des recommandations relatives à des interventions en EPS/PS auprès de publics spécifiques comme par exemple un public handicapé psychique et mental.

## 5.7. Populations et thématiques en adéquation avec les priorités régionales de santé

Les publics ciblés et les thématiques choisies par les acteurs pour une formation sont en étroite relation avec les priorités régionales de santé. En effet, dans le Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS), le handicap et vieillissement ainsi que santé mentale, addictions, santé des jeunes constituent des domaines d'action prioritaire. Le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies (PRAPS) s'articule autour d'un public en situation de précarité avec des thématiques telles que les souffrances psychiques. Plus particulièrement les thèmes et/ou populations prioritaires sont la santé des enfants et des jeunes, la santé des seniors et des personnes âgées, la nutrition/obésité (y compris activité physique et sportive/sport santé).

Les compétences psychosociales sont plébiscitées et constituent une approche transversale à toutes les thématiques. D'autres thématiques émergent et restent en adéquation avec les priorités régionales : (i) la santé environnementale avec des enjeux majeurs notamment dans le domaine de la qualité de l'eau (région de grandes cultures et de viticultures) et des sols (anciens sites industrie) ; (ii) l'Education Thérapeutique du Patient (ETP) qui « vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique (45) ».

Parmi les thématiques retenues dans les dernières enquêtes de besoin réalisées par l'axe formation du PRC, la violence/maltraitance constitue une priorité qui mériterait une analyse complémentaire pour mieux cibler la demande.

## 5.8. Intérêts et limites de l'étude

---

Cette étude présente une réflexion et des perspectives pour les membres du PRC Champagne-Ardenne concernant la continuité des missions du PRC en 2017. Elle permet de resituer l'importance de la place de l'EPS/PS dans les pratiques des acteurs et la nécessité d'améliorer progressivement la qualité des actions par la mise à disposition de compétences et de ressources en EPS/PS.

Les limites de cette étude se traduisent par un ensemble de biais :

(i) La liste d'acteurs fournis par les membres du GTR sur les 4 départements de la région a été constituée en appréciant leurs niveaux possibles de participations à l'étude. Le choix des personnes à interviewer répond certes aux critères de l'échantillon mais aussi aux affinités professionnelles et à la curiosité de l'enquêtrice. Les établissements du 2<sup>nd</sup> cycle des études secondaires et des établissements médico-sociaux accueillant des personnes handicapées ont été privilégiés. Cela peut donc être un biais de recrutement.

(ii) Les interactions enquêteur/enquêté générées par les entretiens en face à face constituent des sources de biais. L'enquêteur doit être accrocheur, neutre et à l'écoute mais il peut influencer et orienter les réponses par son attitude et ses mimiques. L'enquêté a pu aussi produire une information déformée pour maintenir l'estime de soi ou pour faire bonne figure. Il s'agit du biais de désirabilité sociale (46).

(iii) Le guide d'entretien élaboré à partir de questions ouvertes appuyées de supports de communication à partir de la 3<sup>ème</sup> partie a pu orienter les réponses des acteurs mais tout en créant une dynamique et limitant la lassitude des enquêtés. De même, l'ordre des questions a pu influencer les réponses données. On parle alors de l'effet Halo : une réponse peut orienter les suivantes, idée de contamination d'une réponse par la précédente.

(iv) La phase d'analyse a été conditionnée par nos représentations et nos opinions, justifiant ici un biais d'interprétation.

## 5.9. Conclusion

---

Dix ans après la création des PRC, l'IGAS a dressé un bilan des PRC mitigé et a préconisé une clarification du jeu des acteurs sur le territoire régional, déconcentrant aux ARS les crédits de l'INPES destinés aux PRC à partir de Janvier 2017 (19). Conjugué à la vaste réforme territoriale des périmètres de l'action publique, le prolongement des missions du pôle est complexe et nécessite une redéfinition des rôles respectifs de l'ARS, des IREPS et de la Nouvelle agence de santé (anciennement INPES). Le PRC peut disparaître dans la forme mais la pertinence d'une plateforme ressource, à l'interface des ARS et des promoteurs locaux pour garantir la qualité des projets, ne peut être remise en question. Les appuis méthodologiques comme proposés par les PRC, fournis par les acteurs de seconde ligne et tout particulièrement les IREPS, sont incontournables dans le développement de l'EPS/PS à l'échelle du territoire.

## Bibliographie

---

1. OMS. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. OMS, 1986, 6p.
2. Loi n° 2002-2003 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé JORF du 5 mars 2002. JORF du 5 mars 2002: p. 4118.
3. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. JORF n°185 du 11 août 2004 page 14277.
4. INPES. Evaluation du dispositif national de mise en place des Pôles régionaux de compétence en éducation pour la santé. Rapport final. Février 2009.
5. Pôle Régional de Compétences Champagne-Ardenne 2014-2016. Réponse au Cahier des Charges de l'INPES.
6. Pôle de compétence en Education pour la santé de Champagne-Ardenne. Rapport d'évaluation triennale 2011-2013
7. Monnier J, Deschamps JP, Fabry J, Manciaux M, Raimbault AM. Santé publique, santé de la communauté. Éditions Sipem ; 1980: 445 p.
8. OMS. Charte de Bangkok pour la promotion de la sante a l'heure de la mondialisation. OMS, 2005, 11p.
9. Jourdan D, Berger D. De l'utilité de clarifier les référents théoriques de l'éducation pour la santé. La Santé de l'homme, 2005, 377 : 17-20.
10. Green, J. and Tones, K. (2010) Health Promotion. Planning & Strategies. London : Sage.
11. Laurence Tondeur et François Baudier. Le développement de l'éducation pour la santé en France : aperçu historique. Actualité et dossier en santé publique n° 16 septembre 1996 page 3-6.
12. François Baudier et al., « L'éducation pour la santé dans les Agences régionales de santé en 2012 : constats et analyses », Santé Publique 2013/HS2 (S2), p. 101-109.
13. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité/Secrétariat d'Etat à la Santé et aux Handicapés. Plan national d'éducation pour la santé. Janvier 2001.
14. République Française. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. JORF du 22 juillet 2009.
15. Ministère des affaires sociales et de la santé. Stratégie nationale de santé – Feuille de route; 2013 p. 32.
16. Projet de loi de modernisation de notre système de santé. Adopté par le Parlement le 17 décembre 2015.
17. INPES. Cahier des charges des plateformes-ressources en EPS/PS : les pôles régionaux de compétences en Education pour la Santé (EPS) et Promotion de la Santé (PS) ; Procédure 2013 - 2015.
18. INPES. Les instances régionales d'éducation et de promotion de la santé. MAJ : 03-04-2014 (consulté le 07/01/2016). Accessible en ligne : <http://www.inpes.sante.fr/espace-reseau/ireps.asp>.
19. Inspection générale des affaires sociales IGAS, rapport n°2014-118R2.
20. Perspectives d'organisation territoriale pour le nouvel Institut de santé publique. Avril 2015. ARS Alsace- Champagne-Ardenne-Lorraine. Les futures priorités de santé de la grande région (consulté le 06/04/2016). Accessible en ligne : <http://www.ars.alsace-champagne-ardenne-lorraine.sante.fr/Les-futures-priorites-de-sante.186976.0.html>
21. Aubin-Auger I, Mercier A. Introduction à la recherche qualitative. 2008;19(84):142-5.
22. BLANCHET A, GOTMAN A. L'enquête et ses méthodes: l'entretien. Paris : Nathan Université, Collection sociologie 128 ; 2000.

23. Robert, A.D., & Bouillaguet, A. (1997). L'analyse de contenu. Que sais-je ? France : PUF.
24. Lilian Negura, « L'analyse de contenu dans l'étude des représentations sociales », Théories et recherches (consulté le 03 avril 2016). Accessible en ligne : <https://sociologies.revues.org/993>
25. Bardin, L. (1977). L'analyse de contenu. France : PUF.
26. Savoie-Zajc, L. (2000). L'analyse de données qualitatives: pratiques traditionnelle et assistée par le logiciel NUD\*IST. Recherches qualitatives, 20, 99-123.
27. Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. 1946; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.
28. Manderscheid JC. Modèles et principes en éducation pour la santé. Revue française de pédagogie, volume 107, 1994. pp. 81-96. DOI : 10.3406/rfp.1994.1265. Accessible en ligne : [www.persee.fr/doc/rfp\\_0556-7807\\_1994\\_num\\_107\\_1\\_1265](http://www.persee.fr/doc/rfp_0556-7807_1994_num_107_1_1265)
29. BURY J. (1988)- Education pour la santé, Concepts, enjeux, planification. Savoir et santé. Bruxelles, De Boeck, 235 p.
30. Organisation mondiale de la santé (OMS), Programme sur la santé mentale. Life Skills Education in School. Genève, Suisse, 1994. Développé par une équipe de la Division "Santé mentale et prévention des toxicomanies" de l'OMS. Référence OMS: WHO/MNH/PSF/93.7A. Rev. 21993.
31. Aujoulat I. L'empowerment des patients atteints de maladie chronique. Des processus multiples : auto-détermination, auto-efficacité, sécurité et cohérence identitaire. Thèse de doctorat en santé publique-Université catholique de Louvain, 2007.
32. INPES. Guide d'autoévaluation construit par et pour des associations. Septembre 2009. Accessible en ligne : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1250.pdf>
33. Deccache A. Éducation pour la santé, éducation du patient. Quelques concepts et leur signification en médecine générale. In: Sandrin-Berthon B., Ottenheim C., Martin F. L'éducation pour la santé en médecine générale. Vanves: CFES, 1996: p. 46-55.
34. INPES. Référentiel de compétences en éducation pour la santé. Comité consultatif pour l'élaboration des programmes de formation en éducation pour la santé. Décret n° 2006-57 du 16 janvier 2006 relatif aux programmes d'éducation pour la santé. 2013.
35. Ministère de l'Éducation nationale. Circulaire n°2006-197 du 30 novembre relative au comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC). Bulletin officiel de l'Éducation nationale n° 4 du 7 décembre 2006. Accessible en ligne : <http://www.education.gouv.fr/bo/2006/45/MENE0602019C.htm>
36. CAMBON L. Étude de la transférabilité des interventions de promotion de la santé dans une perspective de promotion des démarches "evidence based health promotion" : développement d'un outil d'analyse de la transférabilité des interventions. Thèse doctorale-Université de Lorraine, 2012.
37. CAMBON L, ALLA F. Recherche interventionnelle en santé publique, transfert de connaissances et collaboration entre acteurs, décideurs et chercheurs : le défi français de l'innovation. n° 27 - décembre 2014. Accessible en ligne : [http://www.iresp.net/files/2014/12/Web\\_QSPn%C2%B027.web-1.pdf](http://www.iresp.net/files/2014/12/Web_QSPn%C2%B027.web-1.pdf)
38. LAMBOY B. Introduction aux notions d'«interventions efficaces» et de «données probantes» : définitions et éléments historiques. Département Évaluation et Expérimentation, Direction des affaires scientifiques. INPES. Novembre 2010.

39. Smith BJ, Tang KC, Nutbeam D. WHO Health Promotion Glossary: new terms. Health promotion international. 2006; 21(4):340–5. Epub 2006/09/12.
40. CAMBON L, RIDDE V, ALLA F. Reflections and perspectives on evidence-based health promotion in the French environment. Revue d'épidémiologie et de sante publique. 2010;58(4):277–83. Epub 2010/07/14.
41. Wallerstein N. What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report; <http://www.euro.who.int/Document/E88086.pdf>), 2006: 37 p.
42. PAUL M., (2004). L'accompagnement, une posture professionnelle spécifique, Paris : L'Harmattan.
43. LOI n° 2014–173 du 21 février 2014 de programmation pour la ville et la cohésion urbaine. JORF n°0045 du 22 février 2014 page 3138 texte n° 2.
44. Pôle de compétence en éducation et promotion de la santé de Bretagne. Son action. Consulté le 7 mai 2016. Accessible en ligne : <http://www.epspolebretagne.fr/spip.php?article108>
45. Rapport de l'OMS–Europe. Therapeutic Patient Education–Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the field of Chronic Disease ; 1996. EURO; HQ EUR/ICP/QCPH 01 01 03 Rev.2 76 p.
46. Raphaëlle Butori, Beatrice Parguel. Les biais de réponse – Impact du mode de collecte des données et de l'attractivité de l'enquêteur. AFM, 2010, France. 2010.

## **Index des tables**

---

**Tableau I :** Présentation des axes et objectifs du PRC Champagne–Ardenne

**Tableau II:** Caractéristiques des participants constituant l'échantillon

## **Index des illustrations**

---

**Graphique 1 :** Besoins exprimés par les acteurs du social, du médico–social, de la santé et de l'éducation en champagne Ardenne

**Graphique 2:** Etapes en méthodologie de projet ciblées pour un appui méthodologique

**Graphique 3 :** Thèmes méthodologiques à aborder au cours d'une formation

**Graphique 4:** Thématiques spécifiques souhaitant être approfondies au cours d'une formation

**Graphique 5:** Populations spécifiques à développer au cours d'une formation

## Annexe I : Guides d'entretien

---

Ce document constitue un support pour mener la discussion et obtenir les informations telles que définies dans les objectifs de l'étude. Il ne s'agit en aucun cas d'un questionnaire, et le contenu sera, en situation réelle de discussion, adapté aux rythmes et formes de verbalisation des individus, en termes de déroulement et d'articulation des thèmes, et aussi d'émergence de nouveaux thèmes qui seront en lien avec les objectifs.

### Consigne de départ

Bonjour,

Nous vous remercions d'avoir accepté cet entretien et du temps que vous nous consacrez. En quelques mots, je vous rappelle le contexte de cette rencontre.

Je suis Mme SSANGUEM Patricia et je suis étudiante en Master 2 SPE IPS au sein de l'IREPS CA. Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2014, l'IREPS CA est une association unique et régionale, issue de la fusion des CODES, comités départementaux d'éducation pour la santé Haute-Marne, Marne, Aube et Ardenne.

L'IREPS CA travaille dans une approche transversale de la prévention et de la promotion de la santé. Parmi ses activités, l'IREPS coordonne en région le programme le Pôle de compétence en EPS/PS, plateforme de ressources et d'activités en EPS/PS, en partenariat avec l'ARS, la Maison De la Nutrition (MDN), l'ANPAA et la Mutualité Française Champagne Ardenne.

C'est dans le cadre de ce programme de Plateforme Ressources qu'est le Pôle de Compétences que je conduis une étude qualitative.

Concrètement, nous allons aborder durant cet unique échange vos opinions **sur l'EPS/PS et la place de cette Plateforme ressources en EPS/PS, dans vos pratiques actuelles et futures.**

L'entretien durera environ 1 heure.

Vous pouvez parler librement, aucun jugement ne sera porté, le but est de recueillir vos perceptions et vos opinions. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses.

Nous allons enregistrer l'entretien afin d'en faciliter l'analyse. Bien entendu, tout ce que vous me direz restera confidentiel et les données seront traitées de façon totalement anonyme.

*Si vous êtes prêt nous pouvons commencer.*

#### I. Représentation de la santé, EPS et PS

- Pour vous, la santé, l'éducation pour la santé, la promotion de la santé c'est quoi ?
- Quelle est la place de l'éducation pour la santé dans vos pratiques ?
- Quelles est la place de la promotion de la santé dans vos pratiques ?

#### II. Besoins/difficultés au quotidien

- Rencontrez-vous des difficultés dans la mise en place d'intervention en EPS/PS ?
- De quoi auriez-vous besoin pour développer des actions d'EPS/PS au sein de votre structure ?
- Quels peuvent être, selon vous, les 2 principaux freins à la mise en œuvre d'actions en faveur de la promotion de la santé dans vos pratiques quotidiennes ?

#### III. Connaissance et perception du PCR

- Connaissez-vous la plateforme ressource régionale en EPS/PS et les services qu'elle propose ?

- Avez-vous déjà utilisé les services du pôle ? Si oui lesquels et pourquoi ?
- Comment cette plateforme ressource régionale en EPS/PS pourrait-elle répondre à vos besoins ?
- Quelles seraient vos attentes de plateforme ressource régionale en EPS/PS ?

#### **IV. Choix thématiques**

##### **Appui méthodologique :**

- A quelle étape dans la conception de projets en promotion de la santé, souhaitez-vous être appuyé ?
- Quels sont les thèmes spécifiques que vous souhaiteriez aborder au cours d'une séance en conseil méthodologique ?
- Parmi les modalités d'appui méthodo proposés par le Pôle, lequel vous conviendrait le mieux ? Séance Individuelle ou collective ?

##### **Formation :**

- Quels sont les thèmes méthodologiques que vous souhaiteriez aborder au cours d'une formation ?
- Quels sont les thématiques que vous souhaiteriez aborder au cours d'une formation ?
- Quelles sont les populations spécifiques que vous souhaiteriez aborder au cours d'une formation ?

##### **Conclusion de l'entretien**

Merci d'avoir participé à cette étude, votre avis et vos opinions nous seront très précieux pour réaliser ce travail. Un rapport présentant l'ensemble des résultats vous sera communiqué au mois de juin 2016.

## Annexe II : Formulaire de consentement libre, éclairé et exprès

### *Formulaire de Consentement libre, éclairé et exprès*

**Titre:** Etude exploratoire sur la place et les services du programme « Pôle de compétence en Education Pour la Santé (EPS) et en Promotion de la Santé (PS) » de Champagne Ardenne », piloté par l'IREPS Champagne Ardenne, dans les pratiques des acteurs des champs de la santé, du social, du médico-social et de l'éducation en 2016

**Responsable :** Mme PATRIS Anne, Directrice de l'IREPS Champagne Ardenne

**Enquêtrice :** Mme SSANGUEM Patricia, étudiante en Master 2 Santé publique Environnement Intervention Promotion de la Santé

**IREPS Champagne Ardenne  
19 avenue du Général Sarrail  
51000 CHALONS EN CHAMPAGNE  
03 26 68 28 06**

Je certifie avoir donné mon accord pour participer à l'étude susmentionnée. J'accepte volontairement de participer à cette étude, je comprends que ma participation n'est pas obligatoire et que je peux stopper ma participation à tout moment sans avoir à me justifier ni engager aucune responsabilité. Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de l'étude de leurs responsabilités et je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Au cours de cette étude, j'accepte que soient recueillies des données sur mes réponses. Je comprends que les informations recueillies sont strictement confidentielles et à usage exclusif des investigateurs concernés.

J'ai été informé que mon identité n'apparaîtra dans aucun rapport ou publication et que toute information me concernant sera traitée de façon confidentielle.

J'accepte que les données enregistrées à l'occasion de cette étude puissent être conservées dans une base de données et faire l'objet d'un traitement informatisé non nominatif.

J'ai bien noté que le droit d'accès prévu par la loi « informatique et libertés » s'exerce à tout moment auprès de l'équipe chargée de l'étude.

J'accepte que l'entretien soit enregistré (audio).

date :

date :

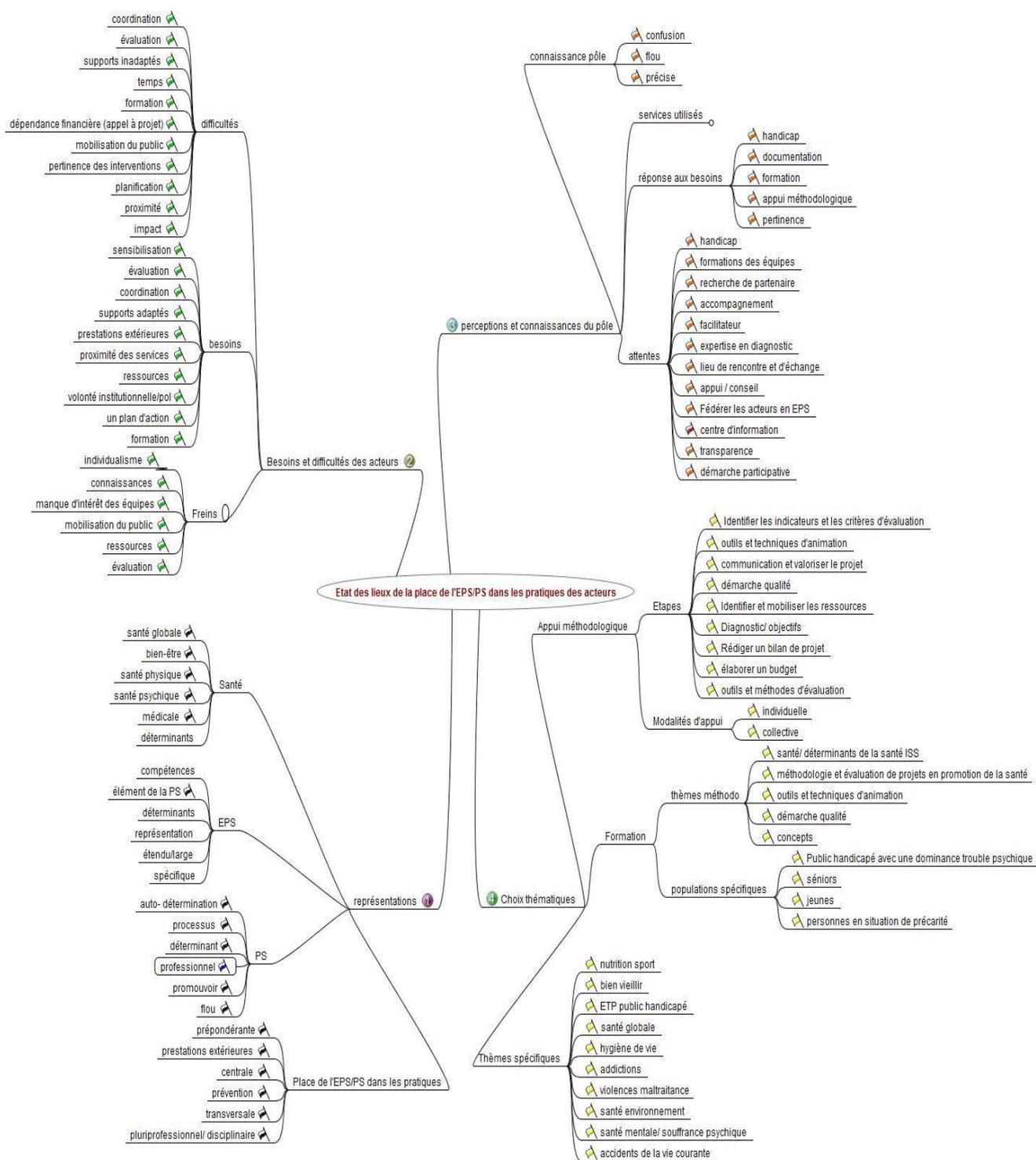
Signature du participant

Signature de l'enquêteur

### Annexe III: Supports de communication

<p><i>Les axes d'intervention du Pôle de compétence en EPS</i></p> <p><b>DOCUMENTATION</b> Documenter les acteurs en éducation pour la santé</p> <p><b>FORMATION</b> Former et sensibiliser les acteurs relais en éducation pour la santé</p> <p><b>METHODOLOGIE</b> Développer et harmoniser les compétences des acteurs relais en éducation pour la santé</p> <p><b>APPUI AUX POLITIQUES DE SANTE PUBLIQUE</b></p>	<p><i>Etapes en méthodologie de projets en éducation pour la santé/promotion de la santé</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Réaliser un état des lieux, un diagnostic</li> <li>○ Définir et hiérarchiser les objectifs</li> <li>○ Planifier le projet</li> <li>○ Elaborer un budget</li> <li>○ Identifier et mobiliser des ressources (humaines, matérielles, financières) internes et externes</li> <li>○ Identifier les indicateurs, critères d'évaluation</li> <li>○ Animer et coordonner</li> <li>○ Communiquer et valoriser un projet</li> <li>○ Rédiger un bilan de projet</li> <li>○ Connaître et utiliser des outils, techniques d'animation</li> <li>○ Connaître et utiliser des outils, méthodes d'évaluation</li> <li>○ Mettre en place la Démarche Qualité</li> <li>○ Accompagnement à la démarche qualité</li> </ul>
<p><i>Thèmes spécifiques</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Santé globale</li> <li>○ Hygiène de vie (rythme bio, sommeil)</li> <li>○ Addictions</li> <li>○ Sexualité/VIH</li> <li>○ Nutrition /Sport</li> <li>○ Cancers</li> <li>○ Précarité/PRAPS</li> <li>○ Santé mentale/Souffrances psychiques</li> <li>○ Santé au travail</li> <li>○ Accidents vie courante</li> <li>○ Handicap</li> <li>○ Bien vieillir</li> <li>○ Maltraitance/Violence</li> <li>○ Education du patient</li> <li>○ Santé environnement</li> <li>○ Compétences psycho-sociales</li> <li>○ Autres ...</li> </ul>	<p><i>Modalités d'appui méthodologique proposées par le pôle</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Conseil/accompagnement individuel en méthodologie de projets et évaluation</li> <li>○ Appui individuel pour répondre à l'appel à projet ARS</li> <li>○ Atelier collectif d'« écriture de projets » pour l'appel à projet ARS</li> <li>○ Ateliers de conseils collectifs à travers des « Café méthodo »</li> <li>○ Ateliers « Découverte d'outils pédagogiques »</li> <li>○ Journée thématique bi départementale</li> </ul>
<p><i>Les thèmes méthodologiques</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ La santé, les déterminants de la santé, les inégalités sociales de santé</li> <li>○ Les concepts et démarches de l'éducation pour la santé/ Promotion de la santé</li> <li>○ La méthodologie et évaluation de projets en promotion de la santé</li> <li>○ L'évaluation des besoins et définition des objectifs</li> <li>○ La démarche qualité en promotion de la santé</li> <li>○ Les techniques d'animation de groupes</li> <li>○ Autre.....</li> </ul>	

## Annexe IV : Arbre conceptuel



## Résumé

---

En Champagne–Ardenne, l'Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé (IREPS) et les membres du pôle régional de compétences (PRC) ont souhaité conduire une étude qualitative exploratoire dont l'objectif était de dresser un état des lieux de la place de l'éducation pour la santé et la promotion de la santé (EPS/PS) et du PRC dans les pratiques des acteurs. Cette étude qualitative par entretiens semi-directifs a été menée auprès d'un échantillon de 16 acteurs des champs de la santé, du social, de l'éducation et du médico-social.

Un flou des concepts de santé, d'EPS et PS existait. La mise en place des interventions en EPS et PS intégrées dans les pratiques des acteurs présentait de multiples freins et difficultés. Le PRC était méconnu par les acteurs par confusion des services du pôle avec les missions de l'IREPS.

L'amplification d'une culture commune et d'un langage commun en EPS/PS serait indispensable. Les actions d'EPS/PS devraient être davantage intégrées dans les missions des acteurs et minimiser leurs externalisations. Le développement de l'évaluation et l'accès à des données probantes ou prometteuses seraient indéniables à l'essor de l'EPS/PS. Les attentes des acteurs du terrain laisseraient place à des perspectives d'évolution des services en EPS/PS du PRC.

---

**MOTS CLEFS :** PROMOTION DE LA SANTE, EDUCATION POUR LA SANTE, POLE REGIONAL DE COMPETENCE, CULTURE COMMUNE, EVALUATION, DONNEES PROBANTES

## Abstract

---

In the Champagne–Ardenne region, the Health Promotion and Education Regional Institution and the members of the Regional Competence Centre have initiated an exploratory quality survey aimed at evaluating the importance of the health promotion and education given by the different actors in their current practice. This quality survey consisted in half-directed interviews made on a sample of 16 actors working for various sectors.

It was observed a lack of clarity around the health concepts. Setting up health promotion and education interventions within the practice of the different actors showed difficulties and hindrances. The Regional Competence Centre wasn't well-known and its services were mistaken for the missions of the Health Promotion and Education Regional Institution.

It is essential to improve and spread a common language and culture in health promotion and education. Health promotion and education actions must be more integrated in the missions of the actors to limit external interventions. Developing evaluation and access to evidence-based health promotion is deeply linked to the health promotion and education spreading. The local actors' expectations show real possibilities of evolution for the health promotion and education services from the Regional Competence Centre.

---

**KEYWORDS:** PROMOTION, HEALTH EDUCATION, REGIONAL COMPETENCE CENTRE, COMMON CULTURE, EVALUATION, EVIDENCE-BASED HEALTH PROMOTION

### **INTITULE ET ADRESSE DU LABORATOIRE OU DE L'ENTREPRISE D'ACCUEIL :**

Instances Régionales d'Education et de Promotion de la Santé Champagne–Ardenne (IREPS)  
Complexe Gérard Philippe  
19, avenue du Général Sarrail  
51000 CHÂLONS EN CHAMPAGNE