

ANNEXES

- 1 Concepts structurants en prévention-promotion de la santé
- 2 Glossaire
- 3 Contacts ARS DPPS

CONCEPTS STRUCTURANTS EN PRÉVENTION-PROMOTION DE LA SANTÉ

La santé

La santé se définit comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut, d'une part, réaliser ses ambitions et d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci.

La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales personnelles et sur les ressources physiques¹¹.

La promotion de la santé

En 1986, la charte d'Ottawa a posé les grands principes de la promotion de la santé :

« La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci ». La Charte d'Ottawa se réfère à la définition de la santé de l'OMS (constitution de 1946) : « 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. »

Plus précisément, l'OMS définit dans son Glossaire de la promotion de la santé (page 12) :

« La promotion de la santé représente un processus social et politique global, qui comprend non seulement des actions visant à renforcer les aptitudes et les capacités des individus mais également des mesures visant à changer la situation sociale, environnementale et économique, de façon à réduire ses effets négatifs sur la santé publique et sur la santé des personnes.

La promotion de la santé est le processus qui consiste à permettre aux individus de mieux maîtriser les déterminants de la santé et d'améliorer ainsi leur santé.

La participation de la population est essentielle dans toute action de promotion de la santé. »

La Prévention

La prévention a traditionnellement été définie par l'Organisation Mondiale de la Santé comme l'ensemble des mesures prises pour éviter la survenue d'un accident ou d'une maladie.

Il en est résulté une classification, en trois parties :

- La prévention primaire qui vise à réduire l'incidence d'une maladie ;
- La prévention secondaire qui cherche à révéler l'atteinte pour prévenir l'aggravation de la maladie, par des soins précoces (par exemple le dépistage) ;
- La prévention tertiaire qui vise à éviter les rechutes ou les complications : elle consiste en une réadaptation à la situation créée par la maladie ou ses séquelles.

¹¹ Charte d'Ottawa, 21 novembre 1996.

La prévention est dite « passive » lorsqu'elle ne nécessite pas la participation active des personnes concernées (par exemple lorsque l'on modifie l'environnement pour réduire l'exposition à un risque).

Des propositions ont été faites pour une approche de la prévention qui tienne plus compte de la population et de l'implication nécessaire de l'individu ou du groupe dans la gestion de sa santé :

- Prévention universelle destinée à l'ensemble de la population (sécurité sanitaire, promotion de la santé, éducation pour la santé...);
- Prévention sélective ou prévention orientée vers des sous-groupes en fonction des risques spécifiques auxquels ils sont exposés (veille et alertes sanitaires, vaccination, dépistage de pathologies);
- Prévention indiquée ou ciblée pour les patients ou personnes en perte d'autonomie (éducation thérapeutique, association soins/prévention) La prévention se définit alors « non seulement comme l'ensemble des mesures prises pour éviter la survenue d'un accident ou d'une maladie, mais c'est aussi tout ce que font un individu ou un groupe, informés et responsabilisés, en faveur du maintien ou de l'amélioration de leur santé »

Les déterminants de la santé

Les déterminants de la santé visent à agir sur plusieurs déterminants de la santé :

- Déterminants personnels : ressources physiques, psychologiques et sociales, habitudes de vie ayant un rapport avec la santé (alimentation, tabac, alcool, activité physique...);
- Déterminants environnementaux : qualité de l'air et de l'eau, habitat, transports, urbanisme, hygiène collective, conditions de travail;
- Déterminants sociaux-économiques : niveau d'éducation, insertion sociale et support social, milieu culturel, accès aux services publics, niveau de revenu, statut professionnel;
- Déterminants liés au système de santé : accès aux soins, sécurité des soins, accès au progrès technique.

La promotion de la santé s'appuie sur une conception positive et globale de la santé, comme un état de bien-être physique, psychologique et social. Elle relève pour partie de l'action de nombreuses institutions partenaires de l'ARS (protection maternelle et infantile, santé scolaire et universitaire, santé au travail etc.). Elle utilise des méthodes d'intervention fondées sur la participation des personnes et des groupes, sur l'implication de communautés et sur la mobilité.

Les inégalités sociales de santé

Les inégalités sociales de santé (ISS) sont des « différences systématiques, évitables et importantes dans le domaine de la santé » observées entre des groupes sociaux. Elles font référence aux relations entre la santé et l'appartenance à un groupe social, et sont liées à l'inégale répartition des chances au départ. Ces inégalités sont systématiques, importantes et évitables. Elles ne sont ni justes, ni naturelles : en effet, les populations ne disposent pas d'une réelle égalité des chances pour atteindre un niveau de santé optimal. Ces inégalités concernent

toute la population et ne se réduisent pas à une opposition entre les personnes les plus défavorisées et les autres.

Il existe un lien entre l'état de santé d'une personne et sa position dans la hiérarchie sociale. Les épidémiologistes ont objectivé que la santé suit une distribution sociale stratifiée, chaque catégorie sociale présentant un niveau de mortalité et de morbidité plus élevé que la classe immédiatement supérieure. Les inégalités sociales ne s'entendent donc pas comme une opposition entre les personnes précaires et les autres, mais se lisent selon un gradient social.

Autrement dit, les personnes qui jouissent d'un statut social plus élevé sont en meilleure santé que celles qui sont juste au-dessous et ainsi de suite jusqu'aux plus démunis¹².

L'Insee a d'ailleurs, mis en évidence un écart d'espérance de vie de 13 ans entre les 5% des hommes disposant des revenus les plus bas et les 5% aux revenus les plus hauts (données 2018 les plus récentes).

L'universalisme proportionné

Ce concept a été défini par Sir Michael Marmot dans le rapport établi à la demande du Ministère de la santé britannique en 2010 : « Une société juste, des vies en santé : un rapport critique et stratégique sur les inégalités de santé ».

Il dit : « Viser exclusivement les plus défavorisés ne réduira pas suffisamment les inégalités de santé. Pour aplanir la pente du gradient social, les actions doivent être universelles mais avec une ampleur et une intensité proportionnelles au niveau de la défaveur sociale. C'est ce que nous appelons l'universalisme proportionné ».

L'universalisme proportionné (ou les mesures universelles proportionnées) consiste à combiner l'approche universelle et l'approche ciblée.

Cela implique de :

- Offrir une intervention à tous mais avec des modalités ou une intensité qui varient selon les besoins : c'est le principe de proportionnalité ;
- Mettre en œuvre des actions de prévention universelles ou de promotion de la santé qui s'adressent à l'ensemble de la population : c'est le principe d'universalisme.

L'éducation pour la santé

L'OMS en donne la définition suivante : « Tout ensemble d'activités d'information et d'éducation qui incitent les gens à vouloir être en bonne santé, à savoir comment y parvenir, à faire ce qu'ils peuvent individuellement et collectivement pour conserver la santé, à recourir à une aide en cas de besoin. » [OMS, 1983]

¹² Cf. Etude Whitehall I et II : étude longitudinale britannique démarrée en 1985 sur les rapports entre niveau socioéconomique et état de santé chez 10 308 fonctionnaires londoniens.

Le risque de décès par maladie cardiaque est de 2,2 fois supérieur dans le groupe le plus bas dans la hiérarchie professionnelle par rapport au plus haut. Les facteurs de risque classiques - tabagisme, inactivité physique, cholestérol, diabète, hypertension - n'expliquent pas les différences de mortalité cardiovasculaire constatées entre les groupes professionnels.

« L'éducation pour la santé est la composante des soins de santé qui vise à encourager l'adoption de comportements favorables à la santé. [...] Par l'éducation pour la santé, on aide les gens à élucider leur propre comportement et à voir comment ce comportement influence leur état de santé. On les encourage à faire leurs propres choix pour une vie plus saine. » [OMS, 1990].

Les compétences psychosociales (CPS)

Il s'agit d'un ensemble cohérent et interrelié de capacités psychologiques (cognitives, émotionnelles et sociales), impliquant des connaissances, des processus intrapsychiques et des comportements spécifiques, qui permettent de renforcer le pouvoir d'agir (empowerment), de maintenir un état de bien-être psychique, de favoriser un fonctionnement individuel optimal et de développer des interactions constructives.

En partant du cadre théorique de l'OMS, des principales classifications internationales, et des données probantes actuelles, une nouvelle classification CPS intégrative et centrée sur les CPS clés est proposée.

Cette classification actualisée des CPS se focalise sur les principales CPS mise en avant dans la littérature. Ainsi, 9 CPS générales (comprenant au total 21 CPS spécifiques) et regroupées en trois grandes catégories ont pu être identifiées : 3 CPS cognitives (avoir conscience de soi, capacité de maîtrise de soi, prendre des décisions constructives), 3 CPS émotionnelles (avoir conscience de ses émotions et de son stress, réguler ses émotions et gérer son stress) et 3 CPS sociales (communiquer de façon constructive, développer des relations constructives, et résoudre des difficultés).

Les CPS sont aujourd'hui reconnues comme un déterminant majeur de la santé et du bien-être. Les données de la littérature ont démontré que leur développement favorise l'adaptation sociale et la réussite éducative. Elles contribuent également à prévenir les conduites à risque (drogues illicites, tabac, alcool), les problèmes de santé mentale et les comportements violents et sexuels à risque.

L'empowerment

L'expression « développement du pouvoir d'agir » est une traduction du terme anglais « empowerment ». Il s'agit d'une approche qui vise à permettre aux individus, aux communautés et aux organisations d'avoir plus de pouvoir d'action et de décision, plus d'influence sur leur environnement et leur vie, dans un souci d'équité. Chaque individu, chaque communauté, à quel qu'endroit où qu'il se situe dans l'échelle sociale, possède un potentiel, des ressources et doit pouvoir utiliser celles-ci pour améliorer ses conditions d'existence.

La « littératie » en santé

Le pouvoir d'agir en santé implique de faire progresser la littératie en santé. Elle désigne l'aptitude à comprendre et à utiliser l'information, afin d'accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information et les services pour prendre des décisions en santé, maintenir et améliorer

sa santé et celle de son entourage dans divers milieux au cours de la vie. Elle est aujourd'hui considérée comme un déterminant de la santé.

La littératie en santé recouvre « des caractéristiques personnelles et des ressources sociales nécessaires aux individus et aux communautés » pour réaliser des choix éclairés dans un environnement de plus en plus complexe.

La littératie en santé mentale

C'est la capacité de reconnaître et de comprendre les caractéristiques des troubles mentaux (symptômes, risques et causes), et quand et comment obtenir de l'aide et accéder à des services de soins. Elle englobe aussi la compréhension de comment obtenir et maintenir un bon état psychique, ainsi que la réduction de la stigmatisation liée aux troubles mentaux (Ilaria Montagni 2019).

La santé communautaire

Selon l'OMS, la santé communautaire est le « processus par lequel les membres d'une collectivité, géographique ou sociale, réfléchissent en commun sur les problèmes de leur santé, expriment leurs besoins prioritaires et participent activement à la mise en place, au déroulement et à l'évaluation des activités les plus aptes à répondre à ces priorités. ».

La santé n'est évidemment pas le seul secteur de la vie sociale où on appelle à la participation des acteurs ; se mobiliser, se prendre en main, agir plutôt que subir, exercer sa capacité citoyenne.

Concrètement, dans un programme de promotion de la santé, elle s'exerce à 3 niveaux

- La consultation des personnes : questionnaires, entretiens et/ou réunions de groupe
- La co-construction : construire avec une population identifiée ses priorités de santé
- La codécision : prise de décision alliant populations et professionnels

Le « aller-vers »

Il désigne un mode opératoire où le professionnel fait la démarche de se rendre directement dans les lieux fréquentés par les publics en besoin de soins mais éloignés des dispositifs de santé. L'objectif est d'établir une relation de confiance avec les personnes rencontrées, afin de les informer, de les aider à exprimer une éventuelle demande de soins, d'identifier les renoncements aux soins, les besoins d'accompagnement dans l'accès aux droits et de les orienter vers les structures et dispositifs adaptés.

Les lieux d'intervention sociale comme les accueils de jour, les sites de distribution alimentaire ou les structures d'hébergement sont des lieux privilégiés. Toutes les actions qui se réclament d'une démarche d'« aller vers » ne nécessitent pas un déplacement physique des intervenants. Elles peuvent se déployer virtuellement, par téléphone, par mail, voire par internet, dans certains contextes et auprès de certaines populations non visibles dans l'espace public (par le biais de forum ou de tchat spécialisés par exemple sur la prostitution). Le déplacement peut aussi être symbolique, en travaillant à la réduction de la distance pouvant exister entre les

codes du public cible et ceux des intervenants (à travers la pratique du non-jugement, le recrutement de personnel pair, l'adaptation des horaires d'ouverture...).

La médiation en santé

La médiation en santé ne dispose pas d'une unique définition. La définition retenue est au plus près de la réalité de terrain et la plus représentative.

La médiation en santé « s'inscrit dans les réductions des inégalités sociales de santé. Dans une vision holistique de la santé, il consiste à créer des interfaces entre les différents acteurs du système de santé et les personnes en difficulté dans leurs parcours de soins et de prévention, du fait de diverses vulnérabilités. L'objectif est d'aider ces personnes, dans une logique de « faire avec ». La médiation en santé favorise ainsi l'empowerment (accroissement du pouvoir d'agir des personnes). La finalité est de les accompagner dans leur parcours d'accès aux soins et à la prévention, en prenant en compte leur environnement de vie »¹³

La médiation en santé est une démarche d'aller-vers pour promouvoir la santé des populations : les acteurs de l'aller-vers sont ainsi le relais entre un public et un système de droit.

L'interprétariat en santé

« L'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé désigne la fonction d'interface, assurée entre des patients/usagers et des professionnels intervenant dans leur parcours de santé et ne parlant pas une même langue, par des techniques de traduction.

L'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé garantit, d'une part, aux patients/usagers, les moyens de communication leur permettant de bénéficier d'un égal accès aux droits, à la prévention et aux soins de manière autonome et, d'autre part, aux professionnels, les moyens d'assurer une prise en charge respectueuse du droit à l'information, du consentement libre et éclairé du patient et du secret médical ».¹⁴

¹³ Olivier Bouchaud, Emmanuelle Hamel, Dagmar Soleymani (juin 2022). La médiation en santé : un nouveau métier pour lever les obstacles aux parcours de soin et de prévention. *La Santé en action* n° 460, page 4.

¹⁴ https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/interpretariat_dans_le_domaine_de_la_sante_-_referentiel_de_competences....pdf

GLOSSAIRE

AM : Assurance Maladie
APA : Activité physique adaptée
APS : Activité physique et sportive
ARS : Agence Régionale de Santé
ASV : Atelier santé ville
CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues
CCAS : Centre Communal d'Action Sociale
CeGIDD : Centre Gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic
EVARS : Espaces vie Affective Relationnelle et Sexuelle,
CIDFF : Centres d'Informations des droits et des familles,
CES : Centres d'examens de santé
CLS : Contrat local de santé
CLSM : Conseil local de santé mentale
COREVIH : Comité de coordination régionale de lutte contre les IST et le VIH
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
CRCDC : Centre régional de coordination des dépistages des cancers
CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
DAC : Dispositif d'Appui à la Coordination
EMPP : Equipe Mobile Psychiatrie Précarité
EPICES : Evaluation de la précarité et des inégalités de santé dans les Centres d'examens de santé
EPS : Examens de prévention en santé
FIR : Fond d'Intervention Régional
GHT : Groupement Hospitalier de Territoire
HAS : Haute Autorité de Santé
InCa : Institut national du cancer
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IST : Infections Sexuellement Transmissibles
IVG : Interruption Volontaire de Grossesse
LGBTQIA+ : Lesbienne, Gay, Bisexuel, Trans*, Queer et Intersexe et Asexuel ou Aromantique
LMSS : Loi de Modernisation de notre Système de Santé
MAS : Mission accompagnement santé
MRTC : Mission Retrouve ton cap
MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle
MSS : Maison sport-santé
OMS : Organisation mondiale de la santé
OR2S : Observatoire Régional de la Santé et du Social
Orhéane : Organisation régionale Hauts-de-France autour de la périnatalité,

PAT : Projet Alimentaire Territorial
PGSSE : Plan de gestion de la sécurité sanitaire des eaux
PNRT : Programme national de réduction du tabagisme
PPS : Prévention -Promotion de la Santé
PRAPS : Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis
PRS : Projet Régional de Santé
QPV : quartier politique de la ville
RDR : Réduction des risques
SNS : Stratégie Nationale de Santé
SPF : Santé publique France
TROD : Test Rapide d'Orientation Diagnostique
VIH : Virus de l'immunodéficience humain

CONTACTS ARS DPPS

❖ Coordonnées des chargées de mission PPS – Animation Territoriale

Pôles de proximité	Zone de proximité de référence	Prénom - Nom	Téléphone	Adresse mail
Aisne	Aisne	Laurette PANNIER	07 61 81 06 30	laurette.pannier@ars.sante.fr
Hainaut	Cambrésis, Sambre-Avesnois	Sadia OUAHBI	06 61 47 01 72	sadia.ouahbi@ars.sante.fr
	Valenciennois	Stéphanie MOREAU	07 62 95 97 14	stephanie.moreau@ars.sante.fr
	Douaisis	Claire MALAQUIN	06 61 30 21 53	claire.malaquin@ars.sante.fr
Métropole Flandres	Lille	Claire MALAQUIN	06 61 30 21 53	claire.malaquin@ars.sante.fr
	Roubaix-Tourcoing	Audrey THOMAS	06 61 30 25 40	audrey.thomas@ars.sante.fr
	Flandre intérieure, Dunkerquois	Charlotte LEVOYE	07 61 82 21 72	charlotte.levoye@ars.sante.fr
Oise	Oise	Alexandra MICHEL	07 65 18 09 44	alexandra.michel@ars.sante.fr
Pas-de-Calais	Calais, Audomarois, Boulonnais, Montreuillois	Murielle DAMIENS	06 61 30 11 60	murielle.damiens@ars.sante.fr
	Bethune-Bruay Lens-Henin	Adelaïde DEVIANNE	06 61 30 27 47	adelaide.devianne@ars.sante.fr
	Arrageois	Anne CAUCHE	07 61 82 10 72	anne.cauche@ars.sante.fr
Somme	Somme	Fanny HUBERT	07 60 92 49 71	fanny.hubert@ars.sante.fr

❖ Coordonnées des chargées de mission PPS – Parcours de prévention et Parcours Addictions-Personnes en difficultés spécifiques (prévention des addictions)

Prénom - Nom	Téléphonie fixe	Adresse mail
Sous-direction Parcours de prévention		
Romain RODRIGUEZ	07 64 58 02 07	romain.rodriquez@ars.sante.fr
Laura PIERREZ	07 63 04 52 88	laura.pierrez@ars.sante.fr
Laurine DUROT	07 63 64 00 07	laurine.durot@ars.sante.fr
Clémentine ELOY	06 61 30 12 72	clementine.eloy@ars.sante.fr

Prescillia DEMARCKE	06 61 30 06 53	prescillia.demarcke@ars.sante.fr
Sanae SAGUE	07 63 32 45 60	sanae.sague@ars.sante.fr
Dempsey SENEZ	07 62 48 45 61	dempsey.senez@ars.sante.fr
Sous-direction Addictions-PDS		
Margaux BATAVOINE	06 67 28 34 73	margaux.battavoine@ars.sante.fr

❖ **Nom des référents thématiques PPS**

Thématiques	Contacts Animation Territoriale	Contacts Sous-direction Parcours de prévention	Contacts Sous-direction Parcours Addictions-PDS
Accès à la prévention et aux soins	Claire MALAQUIN Fanny HUBERT	Dempsey SENEZ Laurine DUROT (pour les personnes en situation de handicap)	-
Activité physique / Alimentation	Adélaïde DEVIANNE Alexandra MICHEL	Sanae SAGUE Clémentine ELOY	-
Addictions	Audrey THOMAS Charlotte LEVOYE	-	Margaux BATAVOINE
Compétences psychosociales	Anne CAUCHE Stéphanie MOREAU	-	Margaux BATAVOINE
Dépistages organisés des cancers	L'ensemble des chargées de mission Animation Territoriale	Clémentine ELOY	-
Promotion de la Vaccination	Alexandra MICHEL	Romain RODRIGUEZ	-

Santé mentale	Charlotte LEVOYE Sadia OUAHBI	Laurine DUROT	-
Santé sexuelle	Laurette PANNIER Murielle DAMIENS	Prescilla DEMARCKE Laurine DUROT	Margaux BATTAVOINE

Agence régionale de santé des Hauts-de-France
Direction de la Prévention et de la Promotion de la Santé (DPPS)
JANVIER 2024