



**LITTÉRATURE  
& EXPÉRIENCE**  
en promotion de la  
santé

---

## **PARTICIPATION & PRÉCARITÉ**

**dans un contrat local  
de santé**

---

DES LEVIERS POUR AGIR



**La collection “Littérature & expérience en promotion de la santé” rassemble les contributions de la littérature, c’est-à-dire les études, recherches et publications scientifiques, et la vision d’acteurs et d’actrices de terrain sur un sujet donné. Cette double lecture vise à permettre un ancrage des actions menées dans les connaissances issues de la recherche et une confrontation de ces dernières aux réalités et aux contextes locaux.**

Dans ce document, le renforcement de la mobilisation et de la participation des populations en situation de précarité est abordée. Les leviers d’action identifiés par le terrain et la recherche y sont contextualisés au cadre d’un contrat local de santé (CLS) et des initiatives menées en Grand Est y sont valorisées.

Ce document fait suite à la journée « Santé et précarité : comment agir dans le cadre du contrat local de santé ? » du 4 juin 2024, co-animée par l’Agence régionale de santé Grand Est et Promotion Santé Grand Est, et qui a réuni les personnes en charge de la coordination de CLS en Grand Est et des référent-es CLS de l’ARS Grand Est. Nous remercions l’ensemble des personnes participantes pour la richesse des échanges.

### **Dans la même collection**

- Précarité alimentaire dans un CLS : des leviers pour agir
- Logement & précarité dans un CLS : des leviers pour agir
- Précarité, accès aux droits et aux soins dans un CLS : des leviers pour agir

### **Utilisation et reproduction**

Promotion Santé Grand Est autorise l’utilisation et la reproduction du contenu de ce document, sous réserve de la mention de la source.

### **Citation proposée**

Promotion Santé Grand Est, Participation & précarité dans un contrat local de santé : des leviers pour agir. Laxou : Promotion Santé Grand Est ; 2024. 12 p.

**Photographie et illustrations** : Canva

## Participation & précarité

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la participation comme **un processus selon lequel les personnes sont en mesure d'être impliquées de manière active et véritable dans la définition des décisions les concernant**. Les démarches participatives sont reconnues comme **une stratégie efficace de réduction des inégalités sociales de santé** par les travaux scientifiques de la Commission des déterminants de santé de l'OMS (Wallerstein, 2006), reliée à **une meilleure répartition des pouvoirs** entre les parties prenantes des projets. Des auteurs mettent en avant **des effets de la participation sur la pertinence, la légitimité et l'efficacité des interventions** (Ireps Bretagne, 2011).

Des éléments de littérature montrent que **de nombreux dispositifs de soins et/ou d'aide sociale ne parviennent plus à toucher certains publics**, dont les besoins sont pourtant nombreux (Angotti, 2012). Les publics en situation de précarité sont ceux qui connaissent **les freins les plus importants dans la participation aux politiques et aux actions qui les concernent** (CNLE, 2011), en raison de différents facteurs (politiques publiques descendantes, préjugés des structures, sentiment d'illégitimité des personnes à participer ; les classes dites moyennes supérieures étant notamment souvent surreprésentées dans les démarches participatives (Blondiaux, 2008), ...). **C'est notamment le cas concernant leur implication dans les CLS**, incluant leur participation à la définition, à l'écriture, à la mise en œuvre, et à l'évaluation du dispositif.



## Participation & précarité dans un CLS

### AMÉLIORER LA MOBILISATION DES PROFESSIONNEL·LES

**La précarité ne se limite pas à un seul profil**, elle englobe diverses situations telles que le chômage, la monoparentalité, la transition vers la vie active, le divorce... **Ces multiples dimensions nécessitent une approche spécifique et des actions adaptées.** Identifier ces situations est complexe, notamment concernant les publics dits "invisibles", éloignés des dispositifs. A l'échelle d'un CLS, **la mobilisation des partenaires dans une logique intersectorielle est un facteur clé pour mobiliser les publics**, via la communication directe par les acteurs de terrain. **Les campagnes de type affichages ou flyers pour mobiliser les publics ont montré leur inefficacité.**



### DANS UN CONTRAT LOCAL DE SANTÉ

La mobilisation des partenaires à l'échelle d'un CLS nécessite d'**identifier la nature des acteurs locaux mobilisables** (Vuatoux, 2015) **pour renforcer :**

- **L'interconnaissance, la culture commune autour de la notion de santé** vue sous l'angle de la qualité de vie et **sur la spécificité de chaque groupe de public en situation de précarité.**
- **La coordination entre les personnes en charge de la coordination de CLS et les partenaires** (comprendre les fonctionnements de chacun·e et les complémentarités possibles).
- **Les liens avec les interlocuteurs du contrat de ville et de la politique de la ville.**

Ce sont des axes de travail à part entière du CLS qui nécessitent **des temps de rencontre réguliers** allant au-delà de la construction de projets. **Il semble essentiel qu'une réelle communauté de pratiques puisse s'installer** ; ceci dans une optique de développement du partenariat pour un renforcement de la participation de la population.

## RENFORCER L'ACCESSIBILITÉ SOCIOCULTURELLE AUX ACTIONS ET DISPOSITIFS PARTICIPATIFS

Des études montrent que les dispositifs participatifs peuvent avoir **des limites en raison de l'utilisation d'un vocabulaire technique** que les personnes ne comprennent pas toujours (Ghadi, Naiditch, 2006). C'est pourquoi des auteurs mettent en avant **l'amélioration de la « littératie en santé » comme un levier de la participation** (Ferron, 2017). **La littératie en santé est définie comme « la capacité d'accéder à l'information, de la comprendre, de l'évaluer et de la communiquer de manière à promouvoir, à maintenir et à améliorer sa santé dans divers milieux au cours de la vie » (p.8).**

Les publics peuvent également rencontrer **des barrières au niveau de la langue**, ce qui freine leurs possibilités de mobilisation.



### DANS UN CONTRAT LOCAL DE SANTÉ

**Les dispositifs d'interprétariat** améliorent l'accessibilité socioculturelle à l'offre. En Grand Est, les professionnel·les libéraux - médecins (toutes spécialités), sages-femmes et infirmier·es - peuvent bénéficier d'un service d'interprétariat téléphonique : [www.grand-est.paps.sante.fr/service-dinterpretariat-telephonique](http://www.grand-est.paps.sante.fr/service-dinterpretariat-telephonique)

Le CLS peut également intégrer **un plan de développement des compétences** permettant aux publics de **maîtriser les codes sociaux et techniques des démarches participatives** (prendre la parole en groupe, maîtriser le vocabulaire technique des projets...). Cela peut par exemple consister en **la mise en place de formations formelles ou d'opportunités d'apprentissage informel**, selon les besoins et les objectifs du/des projets.

## PRENDRE EN COMPTE LES CONTRAINTES TEMPORELLES DE LA PARTICIPATION

La temporalité est une dimension essentielle dans la mobilisation du public. Dans le cadre d'un CLS, **la temporalité varie selon les acteurs** (durée du CLS ; temps de construction pour la personne en charge de la coordination du CLS (diagnostic, fiches actions) ; mandat de l'élu-e ; vie quotidienne du public...).

En outre, **les rythmes du public sont souvent distincts de ceux des professionnel·les**, des études montrant **des difficultés à coordonner les horaires de ces deux types d'acteurs** pour préparer des ateliers ou des travaux de groupe (Jeunland et al., 2020). Les guides pratiques existants sur la participation recommandent généralement de prendre en compte la gestion différenciée du temps selon les acteurs pour une co-construction efficace (Bantuelle et al., 2013).



### DANS UN CONTRAT LOCAL DE SANTÉ

Dans les politiques institutionnelles et les conditions de déploiement des CLS, il est nécessaire de considérer **le facteur clé du temps** afin de renforcer la mobilisation des publics, notamment :

- **En intégrant des horaires atypiques** (par exemple en soirée pour les interventions) dans les missions des professionnel·les volontaires au contact du public ou dans les heures de réunions d'élaboration du contrat.
- **En limitant les calendriers contraints de signature des CLS** afin de laisser place à la démarche participative.

## IMPLIQUER LES PUBLICS AUX DIFFÉRENTES ÉTAPES DU CLS

Dans une démarche bienveillante, les professionnel·les élaborent des projets, des stratégies de communication et des outils sur divers sujets pour les publics, mais souvent sans leur participation. Ils ne réalisent pas que **leurs réflexions peuvent parfois être en décalage ou perçues comme stigmatisantes ou culpabilisantes par les publics**. Plusieurs travaux se réclamant d'une approche de promotion de la santé soulignent la nécessité, dans la mesure du possible, de concevoir et de penser la participation à travers l'ensemble des étapes de la méthodologie de projet (voir par exemple Liesse et al., 2000).



### DANS UN CONTRAT LOCAL DE SANTÉ

A l'échelle d'un projet, d'une fiche action CLS ou du CLS dans sa globalité, certains leviers peuvent être mis en place pour rendre effective cette participation :

- **Intégrer le public dès le début du projet** et l'associer à la phase de diagnostic du CLS, par exemple : co-construction du processus d'enquête, partage des résultats avec l'ensemble de la population, examen des problèmes que la population considère comme les plus importants (Galli et al., 2013).
- **Associer le public à toutes les étapes suivantes du CLS**, incluant **l'élaboration des fiches CLS et l'évaluation**, mais aussi **l'informer des contraintes du projet, expliquer ce qui peut être fait ou pas et pourquoi ; donner à voir au public ce que leur mobilisation a produit**.
- **Accompagner les professionnel·les à co-construire avec le public** ; ce qui sous-entend de laisser la place à l'expertise du public, et d'instaurer un partage du pouvoir dans la construction. Ceci peut amener à envisager de renforcer les compétences des professionnels à ce sujet (voir page suivante).

## TRAVAILLER LA POSTURE DES PROFESSIONNEL·LES

**Le rééquilibrage des inégalités de pouvoir entre les publics et les professionnel·les** est au fondement des démarches participatives (Ferron, 2010). **La posture professionnelle constitue ainsi une stratégie participative à part entière.** Elle peut parfois être **une barrière à la mobilisation des publics en situation de précarité**, par exemple lorsque la posture d'aller-vers (d'ouverture, de non-jugement, d'altérité...) n'est pas intégrée dans les pratiques professionnelles.

Des études réalisées dans le domaine de l'action sociale mettent l'accent sur le besoin d'accompagner les professionnel·les vers une posture favorisant la participation des publics. Cette relation plus symétrique (nécessitant d'« accepter de perdre du pouvoir ») et cette vision renforcée des « capacités » des personnes questionnent parfois en profondeur les professionnel·es (Basco, 2016).



### DANS UN CONTRAT LOCAL DE SANTÉ

Cet accompagnement peut prendre diverses formes :

- Renforcer les compétences des professionnel·les **sur les démarches participatives** ainsi que **sur les postures d'aller-vers, d'écoute active et bienveillante** (par exemple par le biais de **formation**).
- Intégrer **l'évaluation des accompagnements professionnels vécus par les publics comme une démarche d'amélioration de la qualité** des dispositifs, structures et services.



## Participation & précarité

### TRAVAILLER SUR LES REPRÉSENTATIONS DES PUBLICS VIS-À-VIS DES PROFESSIONNEL·LES ET DES INSTITUTIONS

Les professionnel·les font état d'**une méfiance des publics vis-à-vis des institutions**, qui freine leur engagement dans les actions. Ceci peut être lié à une approche strictement sanitaire de la santé, dont il semble important de se départir au profit d'**une approche davantage orientée sur les déterminants de la santé** : renforcer la confiance en soi, valoriser les compétences, ou encore favoriser le lien social.

**Les projets doivent également répondre aux réelles attentes des publics, plutôt que d'être conçus autour de leurs carences.** Par exemple, ils peuvent s'appuyer de façon instantanée sur des attentes et propositions des publics, plutôt que sur une planification des activités. Cela suppose que le discours des professionnel·les puisse s'aligner sur les aspirations individuelles des personnes, tout en remettant en question leurs propres perceptions de la santé (cela n'est pas une posture habituelle et peut nécessiter un accompagnement, voir page précédente).



#### DANS UN CONTRAT LOCAL DE SANTÉ

Ces orientations peuvent se concrétiser par les stratégies suivantes :

- **Renforcer les projets sur des aspects de convivialité, autour du lien social ou de la lutte contre l'isolement.** Pour cela, il est important de ne pas utiliser le seul terme de « santé » qui peut faire peur aux personnes, mais de développer des projets qui vont venir rencontrer leurs centres d'intérêt et priorités afin de tisser un lien de confiance.
- **Renforcer des projets sur les déterminants de la santé** et non pas directement sur la santé perçue d'un strict point de vue sanitaire (il est important que le sujet/thème intéresse les personnes). Cela peut concerner par exemple des projets autour de l'environnement social et physique des habitant·es d'un quartier.
- Renforcer **les compétences des professionnel·les dans la valorisation des savoirs du public.**

## ASSOULIR LE CADRE DU CLS ET DES DISPOSITIFS

**La rigidité du CLS et de son cadre de financement** (fiches socles, axes imposés, résultats chiffrés...) **peut mettre à mal la mobilisation des publics et donc la qualité du CLS**. Les professionnel·les des CLS rencontrent des difficultés à faire émerger des projets construits avec la population et souvent la construction du CLS, que ce soit du fait d'une durée parfois restreinte ou d'axes déjà fléchés, ne permet pas de faire participer réellement les habitant·es.

De la même façon, dans le cadre de fiches actions portant sur la mise en place de dispositifs (d'aller-vers par exemple), la pression institutionnelle imposant des objectifs chiffrés empêche généralement la mise en œuvre de démarches participatives. **Le temps, l'écoute et la confiance nécessaires à leur succès sont incompatibles avec ces impératifs** ; pourtant gage d'efficacité.



### DANS UN CONTRAT LOCAL DE SANTÉ

Il conviendrait ainsi d'intégrer plus de souplesse dans la construction des CLS, de même que dans les modalités de financement et d'évaluation des dispositifs faisant l'objet de fiches action. Ceci peut notamment se réaliser par **la réduction des évaluations quantitatives d'actions au profit d'évaluations qualitatives** (permettant de mettre en évidence le process mis en œuvre).

## QUELQUES EXEMPLES DE DÉMARCHES PARTICIPATIVES

Ces projets ont fait l'objet d'une capitalisation d'expériences sur la thématique de la participation par Promotion Santé Grand Est (2024). En savoir plus sur :

[www.promotion-sante-grandest.org](http://www.promotion-sante-grandest.org)

### « Village sans prétention », Association Accueil et Réinsertion Sociale, Nancy

Il s'agit d'un lieu d'hébergement semi-collectif situé à Nancy qui accueille des personnes en situation de grande précarité, chroniquement ou durablement à la rue. Il repose sur plusieurs principes, notamment : accueil inconditionnel, haut seuil de tolérance, hébergement durable. Il s'appuie sur une démarche participative visant à renforcer le pouvoir d'agir des habitant·es. Le projet vise in fine la stabilisation matérielle, mentale et sociale des publics accompagnés.

### Dispositif participatif de pair-aidance, Union Départementale des Associations Familiales (Udaf) Haute-Marne

Ce dispositif de pair-aidance est un projet participatif visant à soutenir les personnes en souffrance psychique isolées face à une problématique d'accès et de maintien dans le logement. La dimension participative repose principalement sur la formation et l'embauche par l'Udaf 52 d'intervenant·es à domicile ayant vécu des expériences similaires de troubles psychiques. Le Conseil local de santé mentale (CLSM) du territoire porte une fiche action favorisant l'intervention des membres du dispositif et sa pérennisation.

### Contrats sociaux multipartites en santé mentale, Centre hospitalier de Rouffach

Soutenu par la Communauté Psychiatrique de Territoire du Haut-Rhin, le Centre hospitalier de Rouffach mène un projet visant à renforcer l'intégration sociale et la participation citoyenne des publics dont la situation sociale et/ou l'état de santé peut porter atteinte à la santé mentale. Ce projet, basé sur la méthode participative SPIRAL du Conseil de l'Europe, promeut une démarche participative pour améliorer le bien-être, selon les recommandations de l'OMS. Les CLS et les CLSM constituent des vecteurs de diffusion importants du projet. Le projet vise également à favoriser l'émergence des problématiques de territoire et des pistes d'action en donnant la parole aux habitant·es, avec l'objectif de pouvoir les intégrer à terme dans les CLS ou les CLSM.

## Participation & précarité

- Bantuelle, M., Dargent, D., & Morel, J. (2000). La participation communautaire en matière de santé. Bruxelles : Santé, Communauté, Participation.
- Bascou, S., Gousseff, G., & Jarade-Pieniek, T. (et al.). (2016). La participation des usagers dans les politiques sociales (Rapport final d'étude). Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, Direction Générale de la Cohésion Sociale.
- Blondiaux, L. (2008). Le nouvel esprit de la démocratie. Actualité de la démocratie participative. Seuil.
- Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (CNLE). (2011). Recommandations pour améliorer la participation des personnes en situation de pauvreté et d'exclusion à l'élaboration, la mise en œuvre et à l'évaluation des politiques publiques (Rapport du Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale).
- Ghadi, V., & Naiditch, M. (2006). Comment construire la légitimité de la participation des usagers à des problématiques de santé? Santé Publique, 18(2), 171-186.
- Ireps Bretagne. (2011). Quand la promotion de la santé parle de participation. Ireps Bretagne.
- Liesse, A., Lafontaine, C., & Vandoorne, C. (2000). La participation. Revue Éducation Santé, 19, 3-6.
- Wallerstein, N. (2006). 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>). 37 p.





## **PARTICIPATION & PRÉCARITÉ**

**dans un contrat local de santé**

DES LEVIERS POUR AGIR

La collection "Littérature & expérience en promotion de la santé" rassemble les contributions de la littérature, c'est-à-dire les études, recherches et publications scientifiques, et la vision d'acteurs et d'actrices de terrain sur un sujet donné. Cette double lecture vise à permettre un ancrage des actions menées dans les connaissances issues de la recherche et une confrontation de ces dernières aux réalités et aux contextes locaux.