



ACTES DU COLLOQUE

Le Pôle Régional de Compétence en Education et promotion de la santé et ses partenaires du secteur du Handicap ont organisé la 5ème rencontre annuelle des acteurs le vendredi 13 décembre 2013. Cette journée avait pour thème : Prévention, promotion de la santé et handicaps. Elle a été l'occasion pour les acteurs du handicap et ceux de la prévention en région de se rencontrer, de partager, de découvrir des expériences, des outils d'intervention...voire même d'initier des collaborations en région répondant aux spécificités des publics sur différentes thématiques de santé (vie sexuelle et affective, nutrition, hygiène, addictions...).

5 ème rencontre annuelle des acteurs de l'éducation et de la promotion de la santé

Prévention, Promotion de la santé et handicaps

Le 13 décembre 2013



«Prévention, promotion de la santé et handicap », colloque, 13 décembre 2013
www.prc-hn.org

Ce colloque a été organisé conjointement par le Pôle Régional de Compétence Haut-Normand (composé des structures suivantes : La fédération addiction (représentée par La Boussole), L'ANPAA, Aides, les RLPS-ASV, l'IREPS, et l'ARS) et par les acteurs du champ du Handicap (l'ARRED, l'Adapt, GEIST 21, Idefhi, Département 76, l'UGECAM)

Contact :

IREPS

Pôle Régional des Savoirs
115 boulevard de l'Europe
76100 Rouen
Tél. : 02 32 18 07 60



Préambule

De manière à mieux exercer ses missions dans le domaine de la prévention ou du handicap, chacune de nos structures cherche à créer des liens pour s'enrichir de compétences extérieures.

Pour répondre aux besoins et spécificités des publics en situation de handicap, l'objectif de cette journée régionale, qui s'articulait entre théorie et pratique, était la rencontre des acteurs des deux champs, d'échanger sur les enjeux de leur rapprochement, le partage et la découverte des expériences et des outils d'intervention qui fonctionnent... Afin que cette journée soit réinvestie rapidement dans la pratique, les sessions de l'après-midi se sont appuyées sur des thématiques de santé qui avaient été identifiées à l'occasion d'un état des lieux réalisé par le cabinet ACADIE à la demande de l'ARS, comme des préoccupations quotidiennes des professionnels dans l'accompagnement des publics qu'ils accueillent, à savoir : la vie sexuelle et affective, la nutrition, les addictions et le renforcement des compétences psychosociales.

Programme

9 h 00 - 9 h 30 : Café d'accueil	
9 h 30 - 9 h 45 : Mot de bienvenue.....	P. 6
<i>Céline BRULIN (Représentant de la Région Haute-Normandie)</i>	
<i>Patrick DAIME (Président de l'IREPS Haute-Normandie)</i>	
9 h 45 -11 h 15 : Prévention, Promotion de la Santé et personnes en situation de handicap : quels enjeux ? Quelles spécificités ?.....	P. 11
William SHERLAW (professeur à l'École des Hautes Études en Santé Publique - EHESP)	
Echanges avec la salle	
11 h 15 - 12 h 00 : Prise en compte des personnes en situation de handicap dans le Programme Régional de Santé : constats et orientations.....	P. 27
Laurence LOCCA (Chef de projet régional handicap, Pôle de l'offre médico social ARS)	
Christelle GOUGEON (Responsable Pôle prévention et promotion de la santé ARS)	
Echanges avec la salle	
12 h 00 - 12 h 15 : Présentation des sessions de l'après-midi et de la foire aux outils.....	P. 40
12 h 15 - 14 h 00 : Déjeuner libre	
A partir de 13 h 00 : Foire aux outils accompagnée d'un café gourmand	
14 h 00 - 16 h 30 : La prévention et la promotion de la santé des personnes en situation de handicap : de la réflexion à l'action	
1 Session au choix	
Toutes les sessions auront le même déroulé :	
1. Présentation d'un projet partenarial	
2. Echanges	
3. Présentation des outils de l'action et/ou de la thématique	
Session 1 : Les addictions.....	P. 46
Session s'appuyant sur une action à destination des jeunes accueillis dans un ITEP.	
Animation : Nautilia/ITEP Les Hogues (UGECAM)	
Session 2 : La prévention de l'obésité chez les enfants.....	P. 49
Session s'appuyant sur un constat de surpoids et d'obésité chez les jeunes accueillis à l'IDEFHI.	
Animation : IDEFHI/REPOP	
Session 3 : Les compétences psychosociales.....	P. 56
Session construite à partir de réflexions institutionnelles visant à développer les compétences des professionnels et du public accueilli dans un Impro.	
Animation : IREPS/Impro La Traverse (UGECAM)	
Session 4 : La vie affective et sexuelle.....	P. 60
Session construite à partir d'une réflexion inter établissement pour répondre aux problématiques rencontrées par les professionnels sur la vie affective et sexuelle des personnes accueillies.	
Animation : L'ADAPT/ARRED/IREPS/Infirmière de prévention du Département 76	
Modérateur de la matinée Bertrand Morin (ARRED)	



Ouverture :

Céline BRULIN : représentante de la Région Haute-Normandie

Patrick DAIME : Président de l'IREPS

Bertrand Morin : directeur du foyer l'ETAPE (ARRED)
modérateur de la journée



M. Bertrand Morin

Bonjour à tous. On va commencer dès maintenant, même si tout le monde n'est pas encore arrivé, de manière à ne pas prendre de retard, et avoir bien le temps de pouvoir échanger les uns avec les autres. Bienvenue à cette journée organisée par le Pôle Régional de Compétences en éducation et promotion de la santé en Haute-Normandie. Je vais laisser tout de suite la parole à Madame Brulin, représentante de la région Haute-Normandie.

Mme Céline Brulin

Monsieur le Président de l'IREPS, Mesdames les représentantes de l'ARS, Mesdames, Messieurs, je suis ravie de vous accueillir ici dans l'hémicycle du Conseil Régional pour ces Cinquièmes rencontres annuelles. Je le dis traditionnellement et je ne vais pas manquer à cette tradition, je suis ravie que des acteurs associatifs envahissent, au bon sens du terme, cet hémicycle. Je pense que pour les élus et les politiques que nous sommes, c'est toujours bien d'être en contact direct avec des acteurs de terrain, que nous sommes aussi nous-mêmes, et j'ai grand plaisir à vous accueillir ici.

Je voudrais excuser le président du Conseil Régional, Nicolas Mayer-Rossignol, qui est retenu ce matin.

Je voudrais également vous souhaiter de bons travaux, en saluant le fait que ces journées, je crois, sont désormais installées dans le paysage. On échangeait avec quelques-uns d'entre vous avant le début de ce colloque, et on se disait qu'en effet, maintenant, dans les agendas, on a tous pour habitude de retenir cette date. Cette année la météo est de la partie, parce qu'on a souvent été avec des gros embarras à cette période de l'année, mais cette année tout va bien.

Je crois que ces rencontres sont une occasion, et votre présence nombreuse en témoigne, d'échanger, de partager. On a vécu ces dernières années des modifications importantes dans le domaine de la santé. Ces journées ont servi à partager des informations, des connaissances. Et puis petit à petit, si vous me permettez l'expression, au niveau des thématiques abordées, on «tape dans le dur». L'année dernière sur les inégalités sociales en matière de santé. Aujourd'hui, le thème que vous allez traiter permet la rencontre entre les acteurs du médico-social et de la prévention, et je pense qu'en soi, c'est un événement que l'on peut saluer.

Je voudrais vous dire que la Région, dans un contexte budgétaire compliqué et dans un contexte de crise économique profonde, maintient son soutien, certes modeste, et la santé, vous le savez, n'est pas le cœur de métier des conseils régionaux, mais elle maintient son soutien aux



acteurs de la prévention, dans un contexte budgétaire compliqué. Les dotations de l'Etat, qui représentent 90 % du budget du Conseil Régional, sont en diminution de 6 millions d'euros. Chacun, et notamment dans le milieu associatif, imagine tout ce que l'on peut faire avec 6 millions d'euros. Cette diminution de 6 millions d'euros représente des moyens en moins pour les actions et les interventions que nous menons.

Dans ce contexte-là, nous souhaitons maintenir notre soutien à la prévention. Il me semble que dans le contexte que l'on vit aujourd'hui, il est plus important que jamais de défendre la prévention. Face aux difficultés sociales, on voit que des comportements néfastes pour la santé ont tendance à se développer, et on comprend bien que dans ces périodes de difficulté sociale où l'avenir semble parfois bouché, cela a pour conséquence des comportements qui peuvent avoir des impacts très négatifs sur la santé ; et cela renforce la nécessité de pouvoir continuer à travailler sur la prévention et la promotion de la santé.

Et puis, bien sûr, chacun souhaite qu'il y ait une gestion saine de l'argent public, qui est notre argent à tous, mais investir dans la prévention et la promotion de la santé est justement un véritable investissement. C'est assurément un coût à l'instant T, mais c'est aussi un investissement important dans l'avenir. Je crois qu'il serait bon que dans toute notre société nous regardions davantage vers l'avenir et le plus loin possible, alors que l'on est parfois malheureusement le nez sur le guidon, à vouloir répondre à des questions immédiates, ce qu'il faut faire, mais sans perdre de vue qu'il faut construire sur le long terme. Je pense que les acteurs de la prévention sont tout à fait sur ce champ-là.

Merci à tous, et je vous souhaite de bons travaux au cours de cette journée.

M. Bertrand Morin

Je vous remercie. Je laisse aussitôt la parole à Monsieur Daimé, le président de l'IREPS Haute-Normandie.

M. Patrick Daimé

Merci. Merci Madame Brulin de ce discours qui nous va droit au cœur, à toutes et tous ici qui croyons et espérons de la prévention. Pourvu que les élus, comme vous, puissent diffuser ce message d'appropriation d'objectifs de santé. Pour la prévention, c'est vraiment extrêmement important. Malheureusement, la prévention promotion de la santé reste encore le parent pauvre dans notre organisation de la santé en France, et on le déplore. Effectivement, il faut investir pour l'avenir, et c'est tout à fait ce que l'on retrouve dans vos paroles. Merci, merci beaucoup.



Bonjour à toutes et à tous, et bienvenue pour cette Cinquième rencontre annuelle des acteurs de l'éducation et de la promotion de la santé en Haute-Normandie. Madame la conseillère régionale, Mesdames, Messieurs, chers collègues, chers amis, c'est avec grand plaisir, et en vous remerciant de votre participation importante, il est vrai favorisée cette année, comme l'a fait remarquer Madame Brulin, par l'absence de neige, que nous nous retrouvons pour cette Cinquième rencontre Régionale annuelle des acteurs de l'éducation et de la promotion de la santé.

Acte de la 5^{ème} rencontre annuelle des acteurs de l'éducation et de la promotion de la santé

«Prévention, promotion de la santé et handicaps»



Madame la conseillère régionale, Mesdames les directrices, responsables de pôles, représentantes de l'Agence Régionale de Santé de Haute-Normandie, permettez-moi de vous remercier, et cela à plusieurs titres.

Vous remercier tout d'abord de votre présence, qui témoigne de l'attention que vous portez à nos travaux ; et au-delà à nos activités de prévention et de promotion de la santé ; vous remercier de votre soutien et de l'aide que vous nous apportez pour nous accompagner dans l'accomplissement de nos missions ; remercier encore la Région pour la qualité de l'accueil qu'elle nous offre maintenant chaque année dans cet hémicycle pour notre réunion.

Mes remerciements vont bien sûr aussi à nos intervenants de la matinée : Monsieur Sherlaw, professeur à l'école des Hautes études de santé publique ; Madame Locca représentante du Pôle organisation de l'offre médico-sociale de l'agence ; et Madame Gougeon, responsable du Pôle prévention et promotion de la santé de l'agence régionale.

Je n'oublie pas les travailleurs de l'ombre : les membres du comité de pilotage qui ont participé à l'élaboration de cette journée. Merci à eux tous.

Permettez encore au président de l'IREPS de remercier chaleureusement notre directrice, Marion Boucher-Le-Bras et toute notre équipe, sans qui cette journée n'aurait pu être. Je les remercie de leur investissement collectif et de leur disponibilité. Et un petit salut particulier pour Marion Galmiche, cheville ouvrière de cette journée.

Notre thématique est cette année : « Prévention, promotion de la santé et handicap ». Au-delà du fait de permettre la rencontre des acteurs de ces deux champs, pourquoi avoir choisi ce thème ? Les populations en situation de handicap, qu'il soit moteur, mental, auditif, visuel, psychique, présentent une vulnérabilité particulière en matière de santé. Les études font régulièrement état d'une santé plus fragile, et qui est souvent en lien avec des difficultés renforcées d'accès à l'information, à la prévention, à la réduction des risques et aux soins. La réduction de ces inégalités de santé impose la mise en place et le développement de programmes de promotion de la santé et de prévention adaptés aux situations de ces publics, à leurs besoins et à leurs compétences. Allons vers ces publics, ces personnes en situation de handicap, qui échappent trop souvent à la prévention, à l'éducation et la promotion de la santé.

Le constat est aussi souvent fait que nombre de personnes handicapées dépendantes ne reçoivent ni les soins, ni même les attentions nécessaires. Soigner, c'est bien, mais soigner et prendre soin, c'est mieux. Notre professionnalisme et nos responsabilités collectives sont interpellés. Il est indispensable que les personnes en situation de handicap puissent obtenir des réponses concrètes à leurs besoins et puissent se rapprocher d'une véritable autonomie. Nous devons les y aider. Il est temps pour la société de modifier la représentation qu'elle a du handicap.

Notre rôle est aussi de participer activement à ce changement. En effet, les regards restent encore parfois, et toujours trop souvent, méprisants ou compatissants. Soyons à l'écoute de l'autre, malgré ses différences. Soyons professionnels, en alliant les compétences et l'empathie qui caractérisent habituellement nos interventions.

Les acteurs du champ social, éducatif, médical, paramédical, doivent être soutenus dans leurs actions d'éducation promotion de la santé, auprès des publics en situation de handicap. Leurs choix stratégiques doivent être accompagnés ; les expériences évaluées favorablement ; les bonnes pratiques éprouvées par les acteurs ; les processus d'élaboration des projets, les outils, comme les modalités d'intervention, partagés et diffusés. La politique régionale de santé affiche une volonté de prise en compte des publics en situation de handicap, mais trop peu de projets de prévention et de promotion de la santé ciblent ces personnes.

Une étude suivie par un comité de pilotage composé de l'Agence Régionale de Santé, des conseils généraux de l'Eure et de la Seine-Maritime, et de l'IREPS de Haute-Normandie, a été menée d'octobre 2012 à février 2013. Notre journée s'inscrit dans la continuité de cette étude. Elle fait suite aux constats et enjeux mis en exergue dans la perspective d'initier une démarche régionale de développement des actions de prévention promotion de la santé, en lien avec les personnes et les acteurs concernés par le handicap : l'acculturation réciproque, la valorisation de la prévention et promotion de la santé comme démarche particulière, le renforcement de l'accessibilité des informations et des ressources, le développement du rapport au territoire, le renforcement de démarches initiées par les établissements et les structures, le soutien et la valorisation des démarches remarquables.

Pour mieux répondre aux besoins des personnes en situation de handicap, mais aussi aux besoins des acteurs en charge d'y répondre, pour mieux assurer nos missions dans les champs de la prévention et du handicap, nous devons nous efforcer de partager les savoirs et les expériences, de créer des liens, de favoriser les échanges et les coopérations, de coordonner nos interventions, et de collaborer dans l'intérêt de tous.

Nous espérons permettre à chacun, à travers cette journée, d'avancer dans cette direction, en empruntant les pistes déjà identifiées, se rencontrer, se connaître, se reconnaître, formuler des propositions concrètes pour améliorer la situation, et faire ensemble.

L'après-midi permettra notamment d'illustrer de manière concrète, en s'appuyant sur des thématiques de santé identifiées comme des préoccupations quotidiennes, comment des projets de prévention, promotion de la santé, peuvent être développés, et surtout, comment des partenariats peuvent s'établir entre les deux champs. C'est sur ces enjeux du faire ensemble, du faire plus et du faire mieux ensemble que nous travaillerons au cours de l'après-midi. Chacun dans son rôle, dans ses missions, selon ses compétences, ses moyens, sur son territoire, dans le respect mutuel et dans l'intérêt commun de la population de notre région. Nous avons tous à apporter à la construction d'une réponse collective, pertinente et efficiente. Cette journée, pour être productive, nécessite votre participation active. Je vous en remercie par avance.

Je vais céder sans plus tarder la parole, non sans vous avoir souhaité une excellente journée à toutes et à tous, un travail enrichissant et productif, dans une ambiance comme toujours chaleureuse.

Merci aux intervenants de bien vouloir me rejoindre, et je passe la parole à notre modérateur. Bertrand, c'est à toi.

**M. Bertrand Morin**

Je vous remercie, Monsieur Daimé. Vous disiez à juste titre que tout le monde allait avoir l'occasion de participer. Vous avez remarqué que vous avez un superbe bloc, vous avez également un stylo, et pour un certain nombre d'entre vous, vous avez un micro devant vous. De manière à ce que votre micro fonctionne, il faut appuyer sur le petit bouton rouge, pas tous en même temps, mais quand vous voudrez parler, et pour ceux qui sont derrière, un micro sans fil sera à votre disposition.

C'est dire que l'intervention de Monsieur Sherlaw va pouvoir être interactive, et vous allez pouvoir intervenir lorsqu'il vous fera signe.

Monsieur Sherlaw, vous êtes enseignant chercheur, vous travaillez à l'École des Hautes Études en Santé Publique à Rennes. Vous avez beaucoup travaillé sur la prise en charge des enfants handicapés en France et en Angleterre, et établi des comparaisons entre nos deux systèmes. La synergie entre la santé et le handicap est pour vous une préoccupation, et vous avez écrit plusieurs articles sur ce sujet. Vous vous êtes aussi intéressé aux relations entre santé et culture. Vous connaissez donc bien le handicap, et vous savez les difficultés que nous rencontrons face aux problèmes de santé des enfants et des adultes que nous accompagnons. Vous avez aussi à l'esprit que ces personnes sont de plus en plus incluses dans notre société, et que par conséquent, elles sont amenées à faire leurs propres choix, qui peuvent se révéler être contraires à l'intérêt de leur santé. Je pense ici aux addictions, qui touchent désormais aussi les personnes en situation de handicap.

Nous sommes heureux de vous entendre sur ces différents thèmes.

Première intervention : Prévention, Promotion de la Santé et personnes en situation de handicap : quels enjeux ? Quelles spécificités ?

M. William Sherlaw : (professeur à l'École des Hautes Études en Santé Publique - EHESP)

Bonjour tout le monde, et merci de m'avoir invité à cette rencontre. Aujourd'hui, nous allons justement discuter des synergies entre les domaines de la promotion de la santé et le domaine du secteur du handicap. Le handicap, c'est une chose assez paradoxale. Peut-être que mon plus grand handicap, aujourd'hui, c'est le fait que je ne parle pas totalement, parfaitement bien, la langue de Voltaire. Mais hier, j'ai donné un cours dans le cadre d'un MPH, sur Paris, où il fallait parler anglais. Là, mon anglais, la langue de Shakespeare, était un avantage. Selon les situations, on va peut-être changer nos atouts et nos talents.



Aujourd'hui, j'aimerais essayer de développer la thématique que l'on a déjà commencé à aborder. D'abord, on va travailler sur les représentation sur la santé, « health », il y a un soupçon d'anglais parfois ; un travail sur les catégorisations et définitions ; et quelques approches, des interventions sur cette thématique.

La représentation. Nous avons tous des «background books», des bibliothèques dans nos têtes : notre éducation, nos connaissances, nos savoirs, nos expériences, notre famille, etc. Je viens d'Angleterre mais je vis en France depuis maintenant plus de la moitié de ma vie. J'ai fait des études de pharmacologie, j'ai travaillé ensuite dans le domaine de l'enseignement des langues, puis je me suis intégré à l'École de la santé, et j'ai commencé ce travail sur la culture, la santé et le handicap. J'ai d'autres «background books» qui sont invisibles, mais c'est important. Cette thématique, c'est aussi un «background book».

Nous avons également des éléments de contexte. Evidemment, nous avons la loi du 11 février 2005 et la loi de 2002. Surtout, je pense que ce qui est important actuellement, c'est que nous avons aussi la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées, qui donne une très bonne feuille de route pour l'avancement dans ce secteur. Vous avez aussi le travail de l'OMS sur les systèmes de santé et les luttes contre les inégalités dans la santé, présidé par Michael Marmot. Je pense qu'il y a beaucoup de synergies entre ce domaine et notre domaine du handicap.

Et puis tout récemment, les stratégies nationales de santé préconisent qu'il faut travailler sur la prévention, la promotion de la santé, et pas simplement sur le curatif. Vous avez aussi, dans un passé récent, des auditions sur l'accès aux soins. Vous avez également un document assez remarquable : la recommandation de l'ANSM sur l'accompagnement à la santé de la personne handicapée. Et évidemment, vous avez le bon travail, les travaux que vous avez démarré dans votre région et d'autres régions de France ; et aussi, évidemment, les travaux faits par exemple au Canada et dans d'autres pays.



Je pense vraiment que vous avez tout dans la loi de 2005 : l'égalité des droits et des chances, la participation à la citoyenneté des personnes handicapées. Tout est dit là, en fin de compte. Avant la loi de 2005, on peut parler d'une autre politique, un traitement spécifique des personnes handicapées, et peut-être, mais c'est un processus assez long, qu'il y a un basculement vers une politique de non-discrimination dans l'emploi, de participation. Dans l'article 2, il est écrit : « Toute personne handicapée a le droit à la solidarité, l'ensemble de la collectivité nationale lui garantit, en vertu de cette obligation, l'accès aux droits fondamentaux reconnus à tous les citoyens, ainsi que le plein exercice de sa citoyenneté ». Je pense que cet article est un bon résumé de la manière dont on doit faire pour la santé des personnes handicapées : comme tout le monde.

Les personnes handicapées sont traitées comme un groupe à part, dans des instituts spécialisés, ce qui est plutôt en contradiction avec une approche de non-discrimination, mais évidemment, il existe une tension entre ce traitement spécifique, qui est fait pour essayer de prendre en compte les besoins des personnes handicapées, mais caractérisé par les compensations, et la non-discrimination, fondée sur l'égalité des droits des personnes.

J'aimerais vous montrer un exemple parfait de non-discrimination. Vous avez une brochure dans la promotion de la santé qui a été faite lors d'une campagne menée dans les écoles en Grande-Bretagne, au Pays de Galles. Si vous retournez le document, vous avez le document en gallois, et vous avez le document en anglais. Le problème, c'est que vous ne savez pas laquelle est la première page. Cela dépend dans quel sens vous prenez le document. Si vous voulez le lire en anglais, vous prenez le côté anglais, et si vous voulez le lire en gallois, vous prenez le côté gallois. Au Pays de Galles, ils impriment tous les documents en langue galloise et en langue anglaise, mais vous ne savez pas où est le devant du document. C'est une non-discrimination parfaite.

Je pense que même dans une optique traditionnelle, les personnes handicapées sont, par définition, vues comme étant en mauvaise santé. Le handicap concerne une minorité, malgré le fait que dans le monde, on peut parler de 10 % de la population. La santé publique doit s'occuper exclusivement de la prévention des maladies incapacitantes : peut-être que cette idée-là n'est pas vraie. Le handicap est un problème individuel qui doit être pris en compte avec des approches spécifiques. C'est plutôt l'approche traditionnelle, mais je pense qu'il est important de dépasser cela.

C'est l'objectif des activités que je vous propose ce matin. Mais puisque, dans notre façon de penser, de représenter les personnes handicapées, la santé est largement enracinée dans notre culture, je vais essayer d'emprunter des chemins un peu insolites pour essayer de démarrer le débat.

Même les gens en Amérique du Sud peuvent voir le monde différemment de nous. Evidemment, c'est un constat général, et vous avez parlé d'une culture peut-être différente entre le secteur médico-social, le secteur promotion de la santé, prévention. Je n'en suis pas totalement convaincu, c'est vrai, mais on va essayer de voir cela.

Il y a quand même l'idée, comme je vous l'ai montré avec une idée de « world views », vues du monde, vues de l'univers, de « taken the grantedness » (Les choses qui vont de soi).



Evidemment, on pense que notre façon de voir le monde coule de source, mais pour des personnes en Amérique du Sud, ce n'est évidemment pas exactement pareil. Si l'on pense par exemple à l'Inde, on pense à des vaches. Si l'on pense à la Grande-Bretagne, on pense à des vaches. Et on peut avoir la France, et une bonne vache normande. La façon de représenter le monde, évidemment, peut varier selon l'époque et les lieux, mais ce n'est pas forcément une recette pour le relativisme, c'est plutôt une recette pour faire des comparaisons et choisir ce que l'on trouve bien. Nos réalités sont peut-être moins fixes qu'on l'imagine, et il est donc possible de changer les choses.



Si vous avez l'occasion de regarder le film remarquable «Mahajah Burger», un cinéaste avait eu l'idée d'aller en Inde au moment de la crise de la vache folle et demander aux Indiens ce qu'ils pensaient de cela, si vous avez l'occasion de voir ce film, c'est remarquable, parce que cela commence avec des images d'hospices pour vaches. Il y a quelqu'un qui dit : « Il faudrait envoyer des ambassadeurs à Londres pour dire ce que vous faites, les vaches qui mangent de la viande, c'est un grand péché ». Je vous recommande ce film.

Si l'on regarde les vues du monde de vaches en Inde, et des « cows in England », en Angleterre : « boiled beef and carrots », et en Inde : les vaches sont sacrées. Il y a aussi les quotas si je pense à la réalité française, les hospices pour vaches, et évidemment le « milk ». Vous savez, les vaches, en Inde, c'est notre mère. Vous avez les agriculteurs, vous avez le beurre clarifié pour faire la cuisine, et vous avez la « mad cow disease ». Cela peut être très différent pour le même objet. Et vous avez Krishna...

On va donc essayer de faire un travail autour des mots et des définitions. Je recommande cette idée-là : le sens d'un mot est la somme de tous les événements psychologiques que ce mot ravive dans notre conscience.

Pour en revenir à « taken the grantedness », moi-même suis victime de « taken for grantedness ». J'assistais à une réunion pour un projet européen sur les compétences professionnelles des encadrants de personnes handicapées, et je me suis trouvé à côté d'une dame écossaise. J'ai regardé son badge : Vollontary association*. « Vous êtes là pour promouvoir l'action des bénévoles au sein des structures pour aider les personnes handicapées, n'est-ce pas ? » Et elle m'a répondu : « Pas du tout, je suis là pour promouvoir le fait que les personnes handicapées peuvent devenir bénévoles ». La direction a changé : les personnes aident des personnes handicapées, mais il est possible que les personnes handicapées peuvent aider les autres personnes. « Nothing about us without us » (« Rien pour nous sans nous ») : je pense qu'il y a une grande vérité dans ce slogan. Le rôle du professionnel, désormais, dans les projets, ne sera peut-être pas de créer des projets pour les personnes handicapées, mais plutôt d'agir comme un guide, une ressource, une personne ressource pour mettre en place des projets choisis, envisagés par les personnes handicapées.



Nelson Mandela a peut-être dit ceci : « Tout ce qui est fait pour moi sans moi est fait contre moi ». Je pense qu'il y a une vérité en cela.

C'est le premier moment interactif : « C'est quoi la santé pour vous ? » Vous prenez votre bloc, vous écrivez « santé » au milieu, et vous essayez de voir quels mots vous associez avec la santé. Vous avez cinq minutes pour faire cela, et ensuite vous partagez avec votre voisin ou votre voisine.



Je pense que vous pouvez partager ce que vous avez trouvé, pour voir si c'est pareil, si vous êtes d'accord. Peut-on avoir quelques exemples ? Qu'avez-vous trouvé ?

Intervention de la salle

Corps, psychologie, prévention, accessibilité.

Intervention de la salle

Egalité des droits.

M. William Sherlaw

J'aime bien ce mot.

Intervention de la salle

J'ai envie d'ajouter : insertion sociale, autonomie, travail.

Intervention de la salle

Le bien-être mental, physique et psychique.

Intervention de la salle

Accès à l'information.

Intervention de la salle

Global.

Intervention de la salle

La pratique sportive.



Intervention de la salle

Le bien commun à préserver.

M. William Sherlaw

Question : qu'est-ce que la santé pour une personne handicapée ? Vous pouvez éventuellement faire le même exercice, mais est-ce qu'il y a des différences ? Est-ce qu'il y a vraiment des différences ? Qu'est-ce qu'il faudrait enlever ? Je pense effectivement que c'est la même chose. D'abord parce que les personnes handicapées sont des êtres humains comme tout le monde, qui ont les mêmes désirs, les mêmes besoins, le même respect ; mais le problème, c'est que dans le cadre de la promotion de la santé publique, nous avons une définition de la santé, et une définition de l'OMS que vous connaissez bien : « Le bien-être complet... »

Si vous pensez qu'il est impossible que la personne handicapée soit en bonne santé, parce qu'on ne peut pas mettre la santé dans la « disability » (handicap), dans « health cannot be in disability », ce schéma-là, une personne handicapée doit être en mauvaise santé. C'est justement un premier point pour lequel il faudrait dire que ce n'est pas vrai. Une personne handicapée peut être en mauvaise santé, ou elle peut être en bonne santé. Evidemment, elle peut avoir des problèmes spécifiques qui demandent une attention médicale, mais comme tout le monde.

On n'a pas insisté sur ce point : on peut voir la santé de deux façons. On peut voir cela comme une valeur intrinsèque ; et on peut voir cela comme une valeur instrumentale, une ressource, un bien qui peut mener à la réalisation de son projet, ses rêves, ses aspirations. Je pense surtout qu'il faudrait plutôt se focaliser sur le deuxième point : traiter la santé plus comme une ressource qu'un bien intrinsèque, surtout si on s'occupe des personnes qui n'ont pas forcément la parole facile.

Pour moi, la santé, c'est une ressource qui permet l'expression de la liberté ; et le rôle de l'Etat et des autorités est de créer des conditions, leur trouver des ressources nécessaires pour des relations de projets, tout en acceptant que les individus puissent avoir des capacités différentes à mobiliser ces ressources dans leur environnement.

J'aimerais très rapidement parler d'un projet dans lequel je suis un peu associé, un projet qui se passe au Danemark avec des femmes migrantes, qui avaient des problèmes complexes de santé auxquels ils n'arrivaient pas à faire face. Ils ont demandé à une équipe d'anthropologues de réfléchir sur ces questions, et ils ont commencé à faire des entretiens, des récits de vie avec ces personnes. Au lieu de demander ce qui ne va pas, ils ont demandé : « Quelles sont vos aspirations ? », « Quels sont vos rêves ? » Et ils se sont rendus compte que même si la personne avait des problèmes de santé, par exemple une femme est allée cent fois voir son généraliste, ce qui est peut-être le plus important n'est pas le plus directement lié à la santé dans un sens strict, mais cela peut être lié au logement, au statut de migrant, ou à un manque d'emploi.

Ce qui est intéressant dans ce projet, au Danemark, c'est que les professionnels de santé ont fait des entretiens, et ensuite ils ont pu prendre le téléphone et appeler les personnes chargées du logement en disant : « Est-ce que vous pouvez possiblement faire quelque chose pour



aider cette personne-là la prochaine fois qu'elle frappera à votre porte ? » La prochaine fois, elle frappe à la porte, et il y a une réponse. Etant donné la réponse, les choses qui ont peut-être été des obstacles pour cette personne-là, quelque chose a changé, qui lui donne confiance en elle-même. Après, elle a plus de facilité dans la vie pour trouver un emploi, et finalement, son problème de santé va mieux parce que ce qui comptait pour elle n'était pas simplement des problèmes de santé, mais le fait qu'elle était isolée, qu'elle n'avait pas de travail, etc. Je pense que c'est quelque chose qu'il faudrait garder en tête.

Mais la santé n'est pas seulement un but en soi. La santé fait sens quand il y a une raison pour avoir la santé. Si l'on n'a pas de projet, si l'on n'a pas de raison de vivre, quel est l'intérêt d'avoir la santé ? Etre en bonne santé, être en mauvaise santé ou être handicapé ou non handicapé a évidemment une importance pour la personne concernée, mais ce n'est pas l'alpha et l'oméga de l'existence humaine.

Ceci dit, je pense que le service de santé, ainsi que l'information, l'éducation et la promotion de la santé doivent être conçus comme les services pour tous. Disons que l'on essaie de faire en sorte que les services soient accessibles à tous. Si l'on fait bien la conception de nos services de santé pour les personnes les plus faibles, les personnes les plus vulnérables, les personnes les plus marginalisées, cela va être ouvert largement à tous. Mais s'il s'avère que l'approche universelle ne marche pas dans une situation particulière, cela crée des inégalités. Il faudrait alors faire des ajustements, évidemment, il faut faire une discrimination, mais dans le sens de la Convention des Nations unies : on peut faire une discrimination, on peut faire des traitements spécifiques si cela favorise l'équité et l'égalité.

On passe à un deuxième chapitre de catégorisation et de définition. On catégorise tous les jours. Néanmoins, le fait de mettre une personne dans une catégorie va avoir un grand impact sur sa vie. Disons que vous avez une table devant vous. Si je fais une description de cette table vous savez que ce sont des atomes, des neutrons, des positrons, et c'est un nuage. C'est vrai, c'est un nuage, c'est quand même un peu Dieu. Ma description n'a pas eu un impact sur cette chose-là. Par contre, si j'appelle quelqu'un autiste, ou personne déficiente intellectuelle, ou débile, cela a un impact direct sur la personne. Et en plus, la personne peut confirmer ma description. La catégorisation est donc très importante.

Deuxième point interactif, voici la consigne : j'aimerais que vous fassiez des grands cercles, et que chaque grand cercle représente un aspect de votre identité. Ces cercles peuvent être de tailles différentes. J'aimerais que très rapidement, pendant cinq minutes ou même moins, vous fassiez des cercles : en ce moment, qu'est-ce que votre identité ?

Peut-être n'avez-vous pas totalement saisi. J'avais prévu un exemple : si l'on dessinait ensemble Obama ?

Intervention de la salle

Noir.

Intervention de la salle

Chef d'Etat.



Intervention de la salle

Américain.

Intervention de la salle

Avocat.

Intervention de la salle

Travailleur social. Il a été travailleur social à Chicago.

M. William Sherlaw

Le problème est : lequel est le plus important ? Evidemment, il est difficile de le dire. Cela dépend du point de vue dans lequel on se place, de la situation dans laquelle on se trouve. L'exercice était un peu fait dans ce sens-là. Si vous essayez de dessiner votre identité, je pense que vous allez trouver à peu près le même constat. Peut-être que vous n'allez pas dessiner votre identité parce que cela va être complexe.

On pense aux personnes handicapées. J'ai demandé que vous dessiniez vos identités, comme cela vous pouvez ajouter vos « background books » pour voir quelles sont vos références théoriques. Est-ce que les références théoriques entre professionnels de santé et du domaine du handicap sont semblables ou pas ? Vous pouvez en discuter au déjeuner, mais peut-être pouvez-vous quand même faire cela avec une personne handicapée que vous connaissez, quelqu'un dans votre entourage, quelqu'un avec qui vous travaillez, ou quelqu'un dont vous avez la responsabilité de prendre soin, ou l'éducation. Peut-être pouvez-vous faire rapidement le même exercice et voir ce qui se passe. Vous n'êtes pas convaincus ? Que croyez-vous qu'il va se passer ? Si l'on prend une personne handicapée, où met-on le handicap ? L'essentiel, à ses yeux, est peut-être que la déficience n'est pas la chose la plus importante de sa personne. Parfois, dans certaines situations, il peut être pertinent d'en parler, de traiter cet aspect, mais souvent, c'est autre chose qui est important.

Vous avez des définitions du handicap, mais est-ce que cette définition correspond à ce que je viens de dire ? Peut-être, peut-être pas. Je préfère cette définition-là : « Par personnes handicapées on entend des personnes qui présentent des incapacités physiques, mentales, intellectuelles et sensorielles durables dont l'interaction avec diverses barrières peuvent faire obstacle à la pleine et effective participation à la société ». C'est la base de l'égalité avec les autres. Cela vient de l'article 1er de la Convention des Nations unies. En anglais, c'est plus large, parce que l'on dit : « include ». Ce n'est pas simplement les personnes qui sont dans cette liste, c'est plus large, et je pense qu'il est important de garder cela en tête.



Vous avez la définition dans le préambule de la loi de 2005. Un petit exercice sur les définitions, sur les thèmes. Quel thème préférez-vous et pourquoi ? Vous avez deux possibilités



: A/personne handicapée, B/personne présentant une incapacité, C/personne en situation de handicap, D/autres idées. Très rapidement, vous écrivez sur votre feuille : A, B, C ou D ; mais aussi pourquoi vous avez choisi A, B, C ou D. C'est un moment interactif, un moment de travail. Vous avez quinze secondes.

Levez votre main si vous avez écrit A. Etonnant ! Zéro ! Levez votre main si vous avez écrit B. Dix. Levez votre main si vous avez écrit C. Majorité ! Et D : quatre personnes. Nous allons revenir à D. Vous avez presque tous choisi la personne en situation de handicap. Ce qui est intéressant, c'est que si vous regardez la loi de 2005, vous n'allez pas trouver cette expression. Dans le texte officiel, la clé de voûte du secteur du handicap, officiellement on parle de personne handicapée.

Il y a peut-être de bonnes raisons pour parler des personnes en situation de handicap, mais peut-être avez-vous d'autres définitions ? Pour les personnes qui ont choisi B, il serait intéressant de savoir pourquoi vous avez choisi B plutôt que C ou les autres.

Intervention de la salle

Parce que si l'on présente une incapacité, cela laisse entendre qu'il y a encore plein d'autres capacités chez la personne handicapée.

M. William Sherlaw

C'est un point de vue intéressant.

Intervention de la salle

Selon mon point de vue, l'incapacité est un désavantage.

M. William Sherlaw

C'est un désavantage. D'accord, mais cela ne varie pas selon la situation ? Moi, je ne parle pas français totalement parfaitement, mais peut-être que c'est un avantage en fin de compte, car hier je parlais anglais, et c'était un avantage. C'est selon la situation peut-être...

Intervention de la salle

Incapacité, une altération.

M. William Sherlaw

D'accord. Quelques personnes ont choisi D. Elles ont une autre idée ?

Intervention de la salle

J'avais un amendement sur le C, donc je passe à D, et j'aurais mis : « En situation actuelle de handicap ». Comme on n'est sûr de rien en la matière, et que tout peut changer, en mettant « actuelle », je signe le caractère hypothétique, provisoire, de manière définitive. C'est important,



parce que sinon dans certaines situations...

M. William Sherlaw

Dans la définition, on parle de durable. D'autres personnes avaient des idées ?

Intervention de la salle

L'incapacité est quand même un mot trop dur, parce que la personne peut avoir des difficultés, mais avec des stratégies, elle peut les surmonter. Je pense que là, le mot incapacité est une barrière qui peut paraître infranchissable.

M. William Sherlaw

Oui, mais avez-vous une autre proposition ?

Intervention de la salle

J'aimerais.

M. William Sherlaw

Vous n'en avez pas ? Est-ce que quelqu'un a une autre proposition ?

Intervention de la salle

Oui. Je préfère parler de personne en situation handicapante plutôt qu'en situation de handicap, parce que c'est la situation qui porte le handicap, et pas la personne.

M. William Sherlaw

D'accord, c'est peut-être une possibilité de changer. Autre chose ?

Intervention de la salle

Peut-être une personne qui a besoin, en fonction d'un certain environnement, d'un accompagnement spécifique.

M. William Sherlaw

Votre appellation serait quoi ? Personne qui a besoin d'un accompagnement spécifique ?

Intervention de la salle

Oui, une personne qui a besoin d'un accompagnement spécifique en fonction de certaines situations.

**M. William Sherlaw**

C'est un peu long. Parfois, on peut trouver d'autres choses comme « autrement capable ». Je ne sais pas si cela vous parle ?

Intervention de la salle

Je parle également d'une personne avec une problématique de santé. Pourtant, je suis chargée de mission handicap, mais je me rends compte que je parle de plus en plus souvent de personnes avec une problématique de santé. L'exercice que vous nous faites faire m'interroge, parce que je me demande pourquoi j'évite le terme de handicap. Qui dit problème de santé dit besoin de compensation.

M. William Sherlaw

Oui, mais le problème du mot compensation, c'est que cela veut dire qu'ils ne sont pas comme tous les autres, donc il faudrait changer quelque chose pour faire en sorte qu'ils soient comme tous les autres. C'est peut-être cela le problème avec le mot compensation. Ceci dit, ils pourraient avoir besoin de ressources différentes ou des possibilités d'accéder à des ressources qui existent dans l'environnement et qui sont adaptées à leur situation.

Intervention de la salle

Est-ce que la déficience intellectuelle est un problème de santé ?

M. William Sherlaw

Je ne dirais pas que c'est un problème de santé, car des personnes avec une déficience intellectuelle peuvent être en bonne santé.

Je pense aussi qu'il y a un débat que vous pouvez avoir, et peut-être que cela va rejoindre ce que Monsieur a dit vis-à-vis des situations provisoires : cela dépend de la situation, et peut-être faudrait-il ajouter un «s» à situation. Surtout, il faut éviter de parler par exemple d'une personne dans une situation de handicap mental, handicap physique. C'est un non-sens. Chaque terme relève de modèles différents, mais c'est compliqué. J'étais en Europe, où je faisais une présentation auprès des acteurs du secteur du handicap qui venaient de plusieurs pays, et je parlais de « people with disabilities » (Personne avec des handicaps), qui était à l'époque le terme plutôt accepté par la majorité des personnes, en Europe au moins. Une Britannique est montée sur l'estrade et a dit : « Vous, en Europe, vous parlez de personnes présentant des incapacités, ou people with disabilities, in England, we speak of disabled people, because this is society that disable the people » (En Angleterre on parle de personne handicapées parce que c'est la société qui handicape la société). Même avec la même langue, venant presque de la même culture, on peut dire la même chose avec deux termes différents. C'est un peu compliqué. Ceci dit, le terme que l'on utilise a une importance.

En pensant à cela, il y a une bonne citation de : « Names organize our thoughts » : les noms choisis pour appeler les choses organisent la façon d'entendre les thoughts (pensées,



idées). Un très bon collègue, Jean-Luc Blaise, a trouvé une définition de situation que je trouve remarquable. C'est de quelqu'un qui est très connu, et je pense que c'est tout à fait adapté au secteur qui nous concerne, mais je ne vais parler comme Jean-Paul Sartre ; il y a plusieurs modèles du handicap, et je vais simplement partager quelques informations sur ces modèles.

Vous avez un premier modèle, maintenant un peu ancien, même si quelques personnes le pensent valable :

- «Le handicap est la conséquence des caractéristiques médicales, les pathologies, et présagent une vie de déficiences et d'anormalité».

Et vous avez un autre modèle :

- «Le handicap est la conséquence des caractéristiques médicales, mais on peut soulager ces conséquences pour permettre une vie à peu près normale.»

On peut avoir un modèle plutôt politique et social du handicap :

- «le handicap et les conséquences des pratiques sociales qui excluent systématiquement».

Je pense que le mot «systématiquement» est important, parce que c'est cela qui compte dans le domaine de la justice sociale et dans le domaine du handicap, ce ne sont pas des différences individuelles en soi, c'est la systématisation des barrières en rapport avec ces différences individuelles.»

Donc, le fait que quelqu'un joue de la mandoline, moi je joue de la mandoline mais très mal, mais ce n'est pas grave, sauf qu'il ne faudrait pas m'entendre. On ne va pas bâtir une politique autour de choses comme cela. On va bâtir une politique en justice sociale autour des choses qui sont systématiques. C'est le modèle systématique qui empêche l'accès à la citoyenneté et les activités de participation.

Et nous avons un autre modèle, dont on ne parle pas souvent, or je pense qu'il est important d'en parler. Ce modèle prend l'idée qu'au départ, même la façon médicale catégorise, caractérise la personne handicapée. C'est déjà une construction sociale, parce que dorénavant, on considère qu'il y a quelque chose qui s'appelle la déficience, et qui est faussement négative. Le problème avec cela, c'est parfois de trouver des personnes handicapées qui, suite à un accident, ont un meilleur bien-être qu'avant. L'impression de handicap, ou une déficience, peut être un révélateur ou une possibilité de rentrer dans une autre façon de voir le monde, la possibilité d'être différent dans le monde, la possibilité d'assumer un autre être, qui parfois peut être un avantage, une ouverture, un talent. Cela peut être un talent, le handicap peut développer des talents qui ne sont pas développés si ce handicap, ou si cette déficience proprement dite n'existait pas.

Déjà, l'idée de déficience doit être prise avec attention. Actuellement, on a quatre critères essentiels pour définir des personnes handicapées dans notre monde occidental. Il y a la présence d'une déficience, ce qui est déjà discutable parfois ; un effet négatif de cette déficience, et je pense qu'il faudrait aussi questionner cela, parce que parfois ce n'est pas vrai ; une altération substantielle de longue durée : on peut dire que l'effet négatif, peut-être n'est pas dû à des problèmes, des questions de santé, des questions corporelles, mais peut-être dû à l'environnement dans lequel les personnes vivent, un effet qui impacte les activités quotidiennes et la participation sociale.

Au-delà de ces modèles-là, je pense vraiment qu'il y a des conséquences sociales et politiques qui découlent de cela, pour les personnes handicapées elles-mêmes, mais aussi pour votre positionnement en tant que professionnels du secteur du handicap et professionnels du secteur de la santé. En parlant de compensation, je pense vraiment, et c'est peut-être une opinion très personnelle, que parler de la compensation, c'est situer les personnes comme des êtres moins humbles ?, parce qu'il faut les compenser pour faire en sorte qu'ils soient comme les autres. Si l'on compense l'environnement, je suis d'accord, mais compenser les personnes, peut-être moins.

Les personnes handicapées, comme nous l'avons dit, par exemple les personnes déficientes intellectuelles, ont autant besoin d'avoir accès à des soins, à des services de prévention, des professionnels de santé, que tout le monde. Parfois ces besoins sont plus grands. Le cas classique concerne les soins dentaires. Un de mes «background books» est le suivant : j'ai une fille polyhandicapée, et c'est la croix et la bannière pour les soins dentaires de ma fille. On fait des choses remarquables dans un service à l'hôpital, mais le problème, c'est qu'il y a des gens de Normandie qui viennent dans ce service parce qu'il n'y a pas assez de services pour cette population. Parfois, il faudrait adapter, mais il faudrait adapter les systèmes aux personnes, et pas les personnes aux systèmes.

Et maintenant, moment interactif. Vous avez argumenté pour une intervention dans le domaine de la prévention, de l'éducation promotionnelle de santé. Ce que vous allez faire, pour commencer, c'est écrire un problème général de santé publique sur une feuille de papier. Vous allez écrire ce problème ou cette question, et vous allez passer cela à votre voisin ou votre voisine de droite. Si vous n'avez pas de voisine ou de voisin de droite, passez-le à quelqu'un derrière vous, mais il faut que les feuilles passent. Vous avez trente secondes pour faire cela.

Vous avez écrit votre problème de santé publique ? Passez les feuilles à votre voisin ou votre voisine, s'il vous plaît. Est-ce qu'ils sont disciplinés ? Il y a quatre étapes à cet exercice, et il faudrait que chaque étape soit remplie, sinon cela ne marche pas. Si vous avez passé une feuille, il faut que vous récupériez la feuille de quelqu'un d'autre.



Deuxième étape : sur la feuille que vous avez reçue, en fonction du problème évoqué par votre voisin ou voisine, vous écrivez une cible pour votre action ou intervention.

M. William Sherlaw

La mécanique, parfois, c'est compliqué, mais avec de la bonne volonté, on va pouvoir y arriver.

La troisième étape arrive. Devant vous, normalement vous avez une feuille avec un problème et une intervention que vous proposez à une cible.

**M. Bertrand Morin**

Est-ce que tout le monde a passé sa feuille pour la deuxième fois ? Très bien.

M. William Sherlaw

Vous avez le problème général, la cible. Maintenant, j'aimerais que vous écriviez l'intervention un petit peu plus en détail, disons en trois lignes. Écrivez l'intervention en trois lignes descriptives de l'intervention proposée. Sur chaque feuille, après cette étape-là, il faudrait idéalement avoir trois écritures différentes. Je savais que cela allait être compliqué. Vous avez devant vous une feuille avec le problème, avec la cible, et l'intervention détaillée, en trois lignes, que vous allez proposer.

C'est peut-être l'étape la plus difficile : maintenant, vous passez la feuille à votre voisine ou votre voisin, et la personne qui reçoit la feuille doit prendre deux à trois minutes pour construire un discours, un petit speech, pour promouvoir votre intervention, en précisant son but et pourquoi c'est important. Je suis généreux, je pense que je peux vous donner quatre minutes. Vous écrivez un petit discours, un petit speech, en précisant le but de l'intervention, pourquoi cette intervention est importante, et vous essayez de nous convaincre. Imaginez que vous parlez au président de la Région ou le ministre de la Santé. Vous rencontrez par hasard dans un ascenseur le ministre de la Santé, et vous avez dix secondes pour passer votre message. Qu'est-ce que vous allez dire ?

Vous avez préparé votre petit speech ? Il y a quelques personnes qui ont préparé un petit speech qui aimeraient bien se lever, ou même rester assises, essayer de nous convaincre que cette intervention est importante et expliquer l'intervention en quinze secondes ? Je suis sûr que je vais trouver quelqu'un. Vous avez peut-être besoin de plus de temps ?

Intervention de la salle

Face à une alcoolisation grandissante et invalidante des personnes en situation précaire, Monsieur le Ministre, vous pourriez vous associer à une prévention de ce fléau en organisant une rencontre festive et éducative pour cette population spécifique.

M. William Sherlaw

Merci.

Intervention de la salle

Il s'agit de douleurs musculaires et de la mise en place de massages pour soulager certaines douleurs musculaires. Les arguments pourraient être les suivants : les douleurs musculaires sont handicapantes pour tous dans la vie quotidienne. Elles sont un élément important d'arrêts de travail et d'utilisation de médicaments, dont les coûts pour la Sécurité sociale ne sont pas négligeables dans le déficit actuel des comptes.



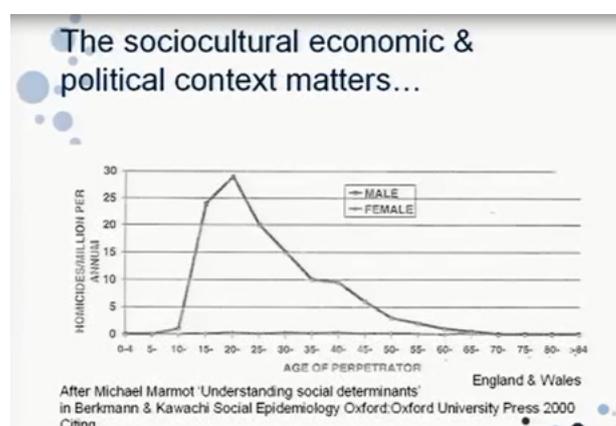
Les massages ont montré une résolution douce pour les personnes, sans conséquences secondaires pour la majorité des douleurs, et notamment dans l'absence d'utilisation de médicaments, et avec un effet à long terme. Sont gagnantes les personnes qui sont sujettes aux douleurs musculaires, les entreprises et les comptes de la Sécurité sociale.

M. William Sherlaw

Vous avez combiné les personnes avec les comptes de la Sécurité sociale, c'est parfait.

M. William Sherlaw

Merci. Si vous faites cela, et cela peut arriver, c'est pour relier le pathos, logos et ethos. On va continuer, parce que je pense que vous avez tous choisi des cibles et des personnes. J'aimerais faire une analogie pour discuter cette idée-là. C'est un graphique, avec en bas l'âge des personnes qui commettent des meurtres en Angleterre et au Pays de Galles. Et vous avez un nombre de meurtres par année, par million d'habitants dans le pays. Est-ce qu'il y a des hommes et est-ce qu'il y a des femmes ? Je ne sais pas si vous voyez des femmes ? Vraiment en bas, il y a les femmes. Si vous êtes avec une femme, vous êtes en sécurité. Simplement, ce n'est peut-être pas le cas...



Le même schéma, à Chicago : vous avez à peu près la même distribution sur le

plan statistique, mais il y a une grande différence, c'est qu'il y a trente fois plus de meurtres à Chicago qu'en Angleterre et au Pays de Galles. Mais pour le problème qui se pose là, selon les questions posées, vous allez avoir des solutions différentes. Par exemple, et je vais être caricatural : vous pouvez, parce que cela concerne plutôt des jeunes hommes de seize à vingt-cinq ans, mettre en place un couvre-feu dans les rues après 18 h le soir. On enlève tous les jeunes hommes dans la rue. Pourquoi pas ? On pourrait même leur mettre des bracelets électroniques, les mettre en prison, et comme cela le problème est réglé. Mais heureusement non, parce qu'il y a des jeunes hommes de douze, treize, quatorze ou quinze ans.

Finalement, si vous traitez simplement les problèmes individuels, vous n'allez pas traiter les racines du problème. Evidemment, il est important de prendre en compte la situation particulière des individus, mais cela induit un type d'approche individuelle qui peut avoir son importance, mais ce n'est pas une solution durable et totale.

Vous pouvez poser des questions, mais c'est la même chose en Angleterre et à Chicago. C'est une question intéressante, savoir pourquoi les hommes tuent plus que les femmes, mais finalement, ce qui compte à Chicago, ce sont les conditions politiques et sociales, l'éducation, et tout l'environnement, qui produisent ce problème. Je pense que l'on peut faire des analogies avec le domaine du handicap. Si vous avez un environnement qui est plutôt adapté aux personnes handicapées, vous allez faire en sorte que les personnes handicapées qui vivent dans cet environnement aient une meilleure vie que dans d'autres situations où l'environnement n'est pas adapté. Comme cela, vous pouvez faire une comparaison entre pays, entre villes, entre quartiers, etc.



Et on peut dire qui est responsable. On peut envisager deux types de responsabilités. Les responsabilités de l'individu pour sa propre santé, mais aussi, dans le domaine de la santé et le domaine du handicap, les responsabilités des institutions sociales et politiques. On peut imaginer que l'on peut regarder l'éducation à la santé. L'idée est très simple : l'éducation à la santé, en fin de compte, c'est du conseil. Mais il y a trois types de conseils. Il y a un conseil potentiel, où l'on essaie de satisfaire la personne : il veut arrêter de fumer, donc on lui donne la meilleure méthode pour arrêter de fumer ; il y a le conseil bénéfique : fumer, ce n'est pas bon pour votre santé, peut-être qu'il faudrait arrêter, mais peut-être qu'il n'a pas d'écho avec cette idée-là ; et vous avez le conseil moral : par exemple, avec la personne qui fume, vous pouvez dire que ce n'est pas bien de fumer en présence des enfants parce que ce n'est pas bon pour la santé des enfants.

Evidemment, il y a la responsabilité collective et politique, et je pense que si l'on veut vraiment changer la vie pour les personnes handicapées, il faut travailler ce plan-là, et pas simplement sur le plan individuel. Quand vous avez fait votre intervention, l'idée était de voir si quelqu'un pensait à faire des interventions sur l'environnement plutôt que sur les personnes, dès que l'on parle des personnes handicapées, utilement menées en synergie avec les combats contre les inégalités de santé.

Parce que finalement, ce sont les mêmes racines de problème. Les personnes qui travaillent dans le domaine des inégalités de santé, les personnes qui travaillent dans le domaine du handicap, ont beaucoup à apprendre, mais on commence à comprendre qu'il y a actuellement un projet de loi qui est introduit par Jean-Marc Ayrault, qui est d'ailleurs actuellement à l'EHESP pour signer le pacte de solidarité ; mais il a aussi présenté le projet de loi d'orientation, de programmation pour l'adaptation de la société au vieillissement. Je pense que c'est vraiment quelque chose d'important, parce qu'au lieu d'adapter les personnes âgées, on adapte la société.

On peut adopter le même raisonnement dans le domaine des inégalités de santé. Comme je vous l'avais expliqué, les approches individuelles ont de bons effets sur les individus, mais le problème, c'est que cela ne change pas les conditions qui créent des problèmes dans la première étape. On peut adapter les approches qui intègrent des améliorations dans nos dispositifs qui visent à réduire le nombre de personnes atteintes d'une déficience ou l'impact de telles déficiences sur la vie. C'est plutôt une approche environnementale et sociale, et je pense qu'en tant que professionnels de santé, en tant que personnes travaillant dans le secteur médico-social, vous avez les deux choses à prendre en compte.

C'était le dernier exercice. Je crains que l'on n'ait pas assez de temps pour le faire, mais peut-être que vous pouvez penser à cela dans vos ateliers cet après-midi. En adaptant une approche ou une autre, nous avons besoin des indicateurs pour évaluer notre action, notre intervention, qui vise à améliorer la santé des personnes. Selon le type d'intervention, vous allez choisir des indicateurs différents. La question que je vous pose, et il n'est pas facile d'y répondre, est : quels types d'indicateurs pouvez-vous proposer pour assurer des améliorations dans la vie des personnes handicapées ? Pensez à vos domaines d'action.

J'aurais aimé que vous fassiez cela en petits groupes, mais on n'a pas le temps, je vais donc passer à la conclusion. La conclusion est simplement une citation de Olof Palme, qui dit



tout : « La communauté doit être organisée de telle manière qu'elle convienne à tous. Les besoins des personnes handicapées doivent être pris en compte dans l'organisation de nos sociétés, non parce que nous devons accorder une attention particulière aux personnes handicapées, mais parce qu'elles sont citoyennes comme tous les autres membres de la société. »
Je vous remercie.

M. Bertrand Morin

Merci beaucoup. Je crois que l'on a beaucoup appris. Je ne vais évidemment pas faire un résumé, ce serait difficile, mais on a tous pris des notes, et le fait de faire quelques ateliers est beaucoup plus interactif, et l'on apprend davantage, c'est certain. On voit tout de suite le professeur, et merci pour tout cela.



2ème intervention : **Prise en compte des personnes en situation de handicap dans le Programme Régional de Santé : constats et orientations**

Christelle GOUGEON

(Responsable Pôle prévention et promotion de la santé ARS)

Laurence LOCCA :

(Chef de projet régional handicap, Pôle de l'offre médico social ARS)



M. Bertrand Morin

Nous allons maintenant entendre Madame Locca et Madame Gougeon, de l'ARS, nous parler des politiques de santé sur notre région. Après leurs interventions, nous aurons un temps d'échange ensemble.

Merci.

Mme Christelle Gougeon

Bonjour à tous. On n'est pas sûres que ce soit le plus grand cadeau que l'on nous a fait de passer juste après Monsieur Sherlaw. Ceci étant, on va essayer quand même. Ce sera sûrement moins interactif, peut-être même moins poétique et moins décoiffant.

Ceci étant, vous avez dit tout à l'heure que l'on n'avait pas tous les mêmes avantages dans la vie. Nous, en tout cas, on a un avantage, c'est d'être deux intervenantes femmes, donc comme vous l'avez dit tout à l'heure, vous êtes en sécurité. Et la sécurité, c'est bon pour la santé. On a fait le choix de faire une présentation à deux voix, pas seulement pour le symbole mais aussi pour le symbole, puisqu'on ne représente pas le même pôle de service à l'ARS. Je suis Christelle Gougeon, et je suis responsable du pôle prévention, promotion de la santé.

Mme Laurence Locca

Bonjour à tous, je suis Laurence Locca. Je suis au pôle de l'organisation médico-sociale à l'ARS de Haute-Normandie, et plus particulièrement chef de projet régional sur le handicap. Je tenais à excuser Madame Christine Lefrêche, responsable du pôle, qui n'a pas pu être présente ce matin car elle est appelée à représenter l'ARS à la CDCPH, la Commission départementale pour les personnes handicapées de l'Eure, présidée par le Préfet.

Mme Christelle Gougeon

D'abord indiquer que le projet régional de santé inscrit la santé des personnes en situation de handicap dans ses priorités. On a choisi le terme de personne en situation de handicap, on n'a pas été très original ; c'est inscrit dans le schéma régional de prévention. La discussion, la question de savoir s'il fallait avoir plutôt une approche large, généraliste, ou une approche spécifique, s'est évidemment posée. Est-ce que le fait de faire des catégories de populations est



discriminant ? Est-ce que le fait d'avoir une approche généraliste suffit à couvrir de façon un peu efficace, un peu organisée, l'ensemble des besoins des publics ? C'est un débat, forcément. Une des priorités forte, un peu transversale, c'est l'inscription de la prévention promotion de la santé tout au long de la vie. Une fois que l'on a dit cela, on est censé couvrir l'ensemble des publics, l'ensemble des populations, périnatalité, enfance, adultes, personnes âgées.

Pour autant, le sentiment que l'on avait, c'est que ce n'était sans doute pas suffisant. Il y a quelque chose de très transversal aussi qui est affiché sur l'ensemble des politiques de l'Agence régionale de santé, mais c'est tout un programme et ce n'est pas simple à faire vivre : la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. On pourrait imaginer que cela puisse suffire. Monsieur Sherlaw l'a dit tout à l'heure : le simple fait de se préoccuper des inégalités sociales de santé devrait pouvoir inclure des personnes avec des difficultés particulières à un moment donné, dont les personnes en situation de handicap.

Mais même si la dynamique est sans doute proche, le choix a été fait d'avoir quand même des zooms sur des populations qui sans doute nécessitaient une approche un peu plus précise ; et les personnes en situation de handicap sont ciblées dans le schéma régional de prévention comme étant plus éloignées des dispositifs existants et ayant besoin d'une attention particulière.

D'autres publics sont aussi intégrés, mais je ne vous en ferai pas l'inventaire à la Prévert, car cela n'aurait pas beaucoup de sens. En tout cas, le critère n'était pas spécialement les personnes en situation de handicap mais les personnes éloignées des dispositifs existants, et à ce titre-là, les personnes en situation de handicap. Voilà pour l'approche un peu globale sur le schéma.

En tout cas, dans l'équipe, au sein de la direction de la santé publique, on avait l'impression, le sentiment, que les personnes en situation de handicap bénéficiaient finalement assez peu des actions existantes. On avait un indicateur, qui est vraiment juste un indicateur : peu de projets qui nous ont été déposés portaient spécifiquement sur ce public. On pourrait se dire, au regard de tout ce que l'on a entendu ce matin : finalement, ce n'est pas grave, au contraire, l'essentiel est que les personnes en situation de handicap soient incluses dans des projets plus larges.

Mais en fait, dans l'ensemble des projets, on a un certain nombre de descriptions des publics visés, et les personnes en situation de handicap sont rarement citées comme un public vers lequel les actions de promotion de la santé, de prévention, pourraient porter. Je ne vais pas faire de généralités absolues, cela arrive de temps en temps, mais c'est très minoritaire. Et c'est vrai qu'on avait globalement assez peu de retours, par exemple des coordonnateurs de réseaux locaux de promotion de la santé ou des ateliers de santé ville, sur ces problématiques.

Une fois que s'est posé ce type de questions, on avait vraisemblablement besoin d'objectiver cette observation. Je vous en parlerai tout à l'heure, et Monsieur Daimé l'a dit dans son introduction : c'est ce qui nous amené à travailler sur une étude.

Mme Laurence Locca

Le PRS comporte le schéma régional de l'organisation médico-sociale, qui s'attache à organiser l'offre en établissements, en services, pour des populations vulnérables : les personnes âgées dépendantes, des populations spécifiques, les personnes qui présentent des problématiques d'addictions notamment, et les personnes en situation de handicap. Ce schéma est construit de façon complémentaire aux schémas départementaux. Vous savez que sur la question du handicap, et notamment sur l'offre médico-sociale, on est sur des compétences partagées avec les conseils généraux.

Ce schéma, qui organise l'offre médico-sociale pour les personnes en situation de handicap, est construit sur des principes fondamentaux ; c'est-à-dire que l'offre médico-sociale que l'on met en place en Haute-Normandie prend en compte la personne et son parcours de vie. C'est vraiment à partir des besoins des personnes qu'est organisée l'offre, et que vous organisez aussi l'accompagnement des personnes puisque vous élaborez des projets de vie, des projets de santé pour ce public.

L'enjeu est de favoriser l'accès au droit commun, comme vous l'avez dit assez longuement et assez fortement Monsieur Sherlaw ; l'enjeu est que le droit commun et les dispositifs de droit commun s'adaptent aux personnes en situation de handicap. Il ne s'agit pas de créer des dispositifs supplémentaires spécifiques pour ce public, c'est à l'environnement de s'adapter. C'est vraiment fondamental.

Ce qui est aussi important, c'est d'agir dans une logique de territorialisation, de pouvoir accéder à un établissement médico-social, mais aussi accéder aux soins le plus en proximité possible du lieu de vie de la personne.

Le dernier principe de ce schéma, qui s'adresse plus aux établissements et services médico-sociaux, c'est de promouvoir la qualité de l'accompagnement, l'efficacité et la performance. Ce sont des grands mots, mais c'est au sens aussi de la définition de l'Organisation mondiale de la santé, qui dit que la performance, c'est améliorer l'état de santé de la population, répondre aux attentes des personnes, assurer un financement équitable qui permettra une qualité des accompagnements, des prises en charge, mais aussi le décloisonnement des secteurs sanitaires, médico-sociaux, sociaux. L'enjeu est vraiment d'organiser les parcours de vie des personnes, éviter les ruptures, éviter les difficultés d'accès aux soins, réduire les pertes d'autonomie. C'est mettre en place toutes ces actions qui vont faire que les personnes en situation de handicap vivent comme tout le monde, dans un cadre de vie adapté à leur handicap, mais surtout à leur choix de vie.

Je disais donc que dans le schéma médico-social, la question de la prévention et de la promotion de la santé a bien été repérée, en lien avec le schéma régional de prévention ; et cela a été bien repéré notamment aussi parce que dans la loi de 2005 l'accès à la prévention et aux soins est un droit qui est consacré. On se devait de prendre en compte cette question. Les limites tiennent aussi au fait que dans le schéma médico-social, tout comme dans le schéma régional de prévention, on avait bien repéré cet enjeu, mais on n'avait pas construit les réponses, notamment parce que l'on avait des priorités.

Mais surtout, le champ du handicap est extrêmement vaste, puisque les personnes en situation de handicap peuvent être nées avec un handicap, et c'est tout au long de la vie que l'on doit les accompagner, que l'on doit garantir l'accès aux soins, l'accès si besoin à des accompagnements médico-sociaux ou sociaux. C'est aussi une diversité de publics, de typologies de handicaps, de déficiences, qui font qu'il y a des individualités à prendre en compte. Les personnes peuvent être à domicile ou en établissement.

Ce qui avait été repéré aussi dans le schéma médico-social, c'est que des initiatives locales sont prises, à la fois par des acteurs de prévention et promotion de la santé ou par des établissements et services médico-sociaux ; mais on n'avait assez peu de visibilité par rapport à l'ensemble de ces actions, d'où le besoin d'un diagnostic des besoins repérés conjointement, à la fois par le pôle de prévention promotion de la santé et par notre propre pôle médico-social.

La question de la prévention et de la promotion de la santé en faveur des personnes en situation de handicap s'inscrit dans un contexte national. Vous le savez, il y a la stratégie nationale de santé, qui va préfigurer la future loi de santé publique, et différents rapports sont sortis dernièrement, que la future loi de santé publique va prendre en compte : le rapport Jacob sur l'accès aux soins et à la santé des personnes handicapées réaffirme l'enjeu de la prévention et de la promotion de la santé, mais aussi celle de l'accès aux soins ; le rapport de Monsieur Gohet sur l'avancée en âge des personnes handicapées : il est vrai que maintenant, avec les progrès de la médecine, les personnes handicapées vieillissent, comme la majorité de la population, et il y a des enjeux de prévention, d'accès par exemple aux différents dépistages qui sont à mettre en place, tout comme des actions de prévention pour réduire les pertes d'autonomie.

Au niveau national, un Comité interministériel sur le handicap s'est réuni en septembre, et va se réunir encore prochainement. Il y a toute une partie sur l'accès aux soins, de même que les éléments relatifs à la prévention et à la promotion de la santé, qui a été pointée par ce Comité interministériel, et qui va être repris dans la future loi de santé.

Sur les questions de prévention et de dépistage, un programme national de repérage, de dépistage et de diagnostic précoce des handicaps chez les enfants va être mis en place, avec des accents particuliers mis sur des populations les plus éloignées du soin, de l'accès aux soins. Je n'aime pas le terme de handicap social, qui n'est pas vraiment adapté. Par exemple, pour les personnes en situation de précarité qui sont dans les quartiers politiques de la ville, un accent particulier va être mis sur l'accès au dépistage précoce d'un handicap des enfants.

Faciliter l'accès aux soins et l'accès équitable à la prévention de droit commun, et notamment l'accès aux messages de santé publique grand public : l'accent va être porté sur les personnes en situation de handicap. En ce qui concerne les déficiences sensorielles, cela va aussi permettre à des personnes qui ont des troubles, par exemple une surdité, d'accéder elles aussi à ces messages grand public.

Monsieur Sherlaw a beaucoup parlé du fait de prendre en compte la parole et d'associer les personnes en situation de handicap. La stratégie nationale de santé insiste aussi fortement sur la place des usagers quant à la construction des politiques publiques, l'enjeu étant vraiment d'associer des personnes en situation de handicap.

Il y a aussi des recommandations très récentes de l'ANESM qui viennent d'être publiées sur l'accompagnement et la santé de la personne handicapée, qui comportent plusieurs volets : associer la personne à l'élaboration de son projet de soins, développer la promotion de la santé, assurer l'accès aux soins, la cohérence et la continuité de ces accès aux soins, et évidemment la formation et le soutien des professionnels qui accompagnent ce public, mais aussi former les professionnels de la santé.

Mme Christelle Gougeon

Dans la rubrique « Balayons devant notre porte », on a intitulé cette partie de l'intervention : « Un portage institutionnel à coordonner ». On pourrait dire que c'est un euphémisme, mais il est vrai que ces questions-là souffrent sans doute d'un pilotage encore trop cloisonné. Nous avons identifié deux types de cloisonnement et de nécessité d'articulation qu'il faut absolument avoir. Il y a du travail, mais il y a encore une marge de progression entre les différentes institutions qui sont chargées à la fois des questions relatives aux personnes en situation de handicap et de la prévention promotion de la santé. On a noté l'ARS et les conseils généraux, parce que c'est ce qui vient en premier à l'esprit, mais beaucoup d'acteurs sont à un moment donné partie prenante dans toutes ces questions. On voit bien que c'est un enjeu fort.

Et puis il y a aussi les organisations internes de ces institutions. Ces questions ne sont pas forcément portées dans les mêmes équipes, ce qui nécessite que l'on travaille ensemble, que l'on porte ensemble des politiques pour qu'elles aient une chance d'être efficaces.

Laurence Locca l'abordait un peu tout à l'heure : on affiche des priorités politiques fortes, dans le cadre du PRS en ce qui concerne l'ARS par exemple, mais il y a la réalité de tous les jours qui, à certains moments, et même souvent, peut prendre le dessus. Pour ce qui concerne le secteur de la prévention promotion de la santé, c'est vrai que de très gros sujets mobilisent les équipes : dépistage des cancers, vaccinations, addictions, vie affective et sexuelle, santé mentale, éducation thérapeutique du patient... Je ne vais pas vous en faire l'inventaire, mais ce sont des sujets lourds qui nécessitent beaucoup d'énergie.

On a bien intégré la priorité transversale donnée à l'objectif de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, mais ce travail demande d'être articulé avec l'ensemble des collectivités, l'ensemble des acteurs, de mettre en place des interactions et des échanges. Cet espèce de rouleau compresseur, le mot est peut-être un peu fort, ne permet pas toujours de se poser et de faire la dentelle nécessaire pour se préoccuper plus spécifiquement à certains moments de publics qui peuvent être peut-être un peu minoritaires, en tout cas qui vont être considérés comme un peu minoritaires, et pour lesquels on va peut-être considérer comme acquis qu'ils font partie de la question. Cela nécessite peut-être, à certains moments, de prendre ce temps-là, que l'on n'a pas toujours. C'est un constat que nous faisons dans nos organisations internes.

Pour le secteur du handicap, je te laisse la parole.

**Mme Laurence Locca**

Nous, ce n'est pas du tout un public minoritaire. La question de la prévention est fondamentale, mais c'est vrai qu'on la traite assez peu au quotidien, puisque l'on a des priorités. La loi de 2005 favorise l'inclusion des personnes en situation de handicap, et l'on travaille donc fortement à l'inclusion des enfants handicapés en milieu scolaire, avec l'Education nationale par exemple. On veut travailler sur l'insertion professionnelle ; on veut favoriser l'accès et le maintien dans l'habitat des personnes en situation de handicap ; et puis parallèlement, on a aussi des plans qui tombent, comme le plan autisme, ou le plan sur le handicap rare.

Surtout, du fait de la loi de 2005, il y a une évolution du public accompagné par les établissements et services médico-sociaux, qui nous impose aussi de les accompagner dans une adaptation, dans une réorganisation. C'est notre travail au quotidien, et c'est vrai que la question de la prévention, en tout cas pour le pôle médico-social, passe un petit peu au second plan. Mais je pense que cela va être un axe important dans les mois à venir, et notamment au regard de la loi de santé publique et des enjeux que l'on a sur le vieillissement du public, pour lesquels il va falloir que l'on travaille avec vous.

Mme Christelle Gougeon

Tout cela nous a conduit en octobre 2012 au lancement d'une étude sur l'offre en prévention promotion de la santé en faveur des personnes en situation de handicap. On a fait le choix de la confier à un cabinet extérieur, en l'occurrence le groupe Reflex, les cabinets Acadie et Aurès, pas seulement parce que l'on ne savait pas faire ou que l'on n'avait pas le temps de faire, même s'il y avait un peu de cela aussi, mais parce que c'est un sujet qui nous apparaissait suffisamment complexe pour avoir besoin d'un regard extérieur.

Monsieur Daimé en a parlé tout à l'heure, cela a fait l'objet d'un comité de pilotage partenarial incluant notamment les conseils généraux, l'IREPS, et une représentation des coordonnateurs de réseaux locaux de promotion de la santé. Le choix qui a été fait était vraiment de pouvoir se dire : de quoi part-on pour savoir quels types d'actions on peut mettre en place ou pas ? C'était notre année 1, ou année 0, par rapport à ces questions.

Cette étude, pour ceux qui ne l'ont pas déjà apprise par cœur, est téléchargeable sur le site de l'ARS, et peut-être sur celui de l'IREPS. On était content aussi parce qu'il y a eu une participation importante. La façon de s'interroger sur ces questions-là intéresse pas mal les partenaires, même si, dans la nature des réponses, on a eu parfois des surprises à l'inverse.

En quelques mots, car on ne va pas raconter toute l'étude, surtout pour ceux qui ont déjà eu la restitution, nous allons revenir sur quelques points importants. En ce qui concerne les écarts, en particulier entre les besoins ressentis en fonction des acteurs interrogés, il y a des choses que l'on retrouve, on ne peut pas non plus réinventer à chaque fois, mais pour résumer, les acteurs de la prévention promotion de la santé qui ont été interrogés dans le cadre de l'étude ont identifié trois thématiques principales : nutrition, vie affective et sexuelle, addictions.

Pour les établissements et services je vous fais un pack, même si les réponses sont généralement finalement assez différentes entre établissements et services, mais globalement,



les thématiques qui revenaient souvent étaient les suivantes : équilibre alimentaire, hygiène, hygiène bucco-dentaire et vie affective et sexuelle.

Ensuite, sur les associations d'usagers, les réponses étaient assez différentes, puisque le dépistage du handicap revenait en premier, ainsi que les problématiques d'accès aux soins. Les autres thématiques qui ont été citées auparavant arrivaient très, très loin en ce qui concerne ces acteurs-là.

On a eu aussi la confirmation, finalement, d'une assez faible implication des acteurs de la prévention promotion de la santé, qu'ils soient des acteurs de territoire ou des grandes associations nationales en promotion de la santé, pas très impliqués, mais à la fois très peu sollicités par acteurs du champ du handicap. A part quelques territoires comme Verneuil, Evreux ou Elbeuf, qui avaient des approches un peu spécifiques sur ces questions-là, il n'y avait pas de politique particulière autour de cela.

Et puis les acteurs de la prévention promotion de la santé exprimaient quand même globalement un besoin important de formation sur ce qu'est le public en situation de handicap, les outils à mettre en œuvre etc.

Un autre point constaté était la faible visibilité des démarches existantes de prévention promotion de la santé dans le champ du handicap. On s'est rendu compte, avec l'étude, qu'il existait quand même pas mal de choses, mais qu'elles n'étaient pas connues.

Mme Laurence Locca

Sur le champ du handicap, les acteurs reconnaissent majoritairement qu'il y avait un grand besoin en prévention promotion de la santé à conduire auprès des publics. Toutefois, la notion de promotion de la santé est restée peu appropriée, à l'inverse de celle de prévention, ou celle d'accès aux soins. Cette notion de promotion de la santé, sachant qu'ils travaillent tous les jours avec les personnes en situation de handicap, qu'ils cherchent à favoriser l'autonomie appliquée aux champs de la promotion, de l'éducation pour la santé, était moins approprié.

Les actions qui sont menées sont plus ou moins inscrites structurellement dans les projets des établissements. La majorité des actions que mènent les établissements médico-sociaux tel que cela ressort de l'étude sont ponctuelles. Parfois, elles étaient mises en place en réaction à des crises ou des problématiques rencontrées par l'établissement. Par exemple, un problème d'alcool avait pu conduire l'établissement à mettre en place des actions de prévention promotion de la santé.

Je le disais, l'intégration formelle de la PPS dans les projets des établissements est encore assez faible, avec une spécificité en particulier dans les établissements qui disposaient d'un hébergement. Toutefois, l'étude faisait apparaître une progression sur cet aspect.

Pour mener ces actions, les établissements médico-sociaux font appel majoritairement à des professionnels de santé et peu à des acteurs de prévention promotion de la santé qui sont installés sur leur territoire ou qui sont implantés régionalement en Haute-Normandie, et la majorité des actions que mènent les établissements médico-sociaux, tel qu'ils les décrivent, sont des actions individuelles qui en fait relèvent de la pratique quotidienne. Je pense par exemple à



des établissements pour enfants, qui vont mettre naturellement en place des actions d'hygiène bucco-dentaire : cela fait partie des pratiques quotidiennes, ce n'est pas intégré dans une démarche plus globale d'établissement, qui aurait mis en place une politique de prévention promotion de la santé.

Dernier point soulevé par les établissements médico-sociaux : ils ont repéré un besoin d'actions, d'informations en direction aussi des aidants.

Mme Christelle Gougeon

Pour faire très, très court, voire même un peu caricatural, mais en partant de cet état des lieux, on ne pouvait pas juste faire ces constats-là. Les stratégies qui ont été travaillées dans le cadre du comité de pilotage consistaient à inscrire dans la durée un certain nombre d'actions, avec un objectif prioritaire qui est d'abord de rapprocher les acteurs des deux champs. Cela fait un peu enfonçage de porte ouverte, mais cela va mieux en le disant. On retrouve cela sur plein de sujets, mais il fallait mettre en oeuvre un programme spécifique.

Le premier point nous a semblé être d'outiller les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé pour qu'ils soient vraiment en capacité d'accompagner les acteurs du champ du handicap dans cette prise en compte. Nous avons dans cette région une structuration autour des réseaux locaux de promotion de la santé et des ateliers santé ville qui permet de pouvoir travailler au plus près des territoires avec l'ensemble des acteurs sur des projets communs, portés par l'ensemble des acteurs de prévention et promotion de la santé.

On a aussi beaucoup d'acteurs ressources sur beaucoup de thématiques de prévention promotion de la santé. Maintenant, il s'agit de les aider vraiment à ce qu'ils puissent avoir aussi leur rôle pour les personnes en situation de handicap et pour les acteurs de ce champ. Il y avait donc une première action autour de la sensibilisation et de la formation de ces acteurs. Un programme de formation est en cours, qui a déjà démarré récemment.

Un deuxième point est important, avec une première étape sûrement aujourd'hui : créer des lieux d'échanges et faciliter la diffusion des bonnes pratiques. On a vraiment besoin de faire vivre aussi ces liens entre ces acteurs de champs encore trop différents.

On a aussi un autre sujet : faire vivre la concertation sur les territoires ; mais comme je ne le maîtrise pas bien, je laisse la parole à Laurence.

Mme Laurence Locca

Ce sont aussi des lieux de rencontres sur les territoires. Dans le champ du handicap, et dans le cadre de la mise en oeuvre du schéma médico-social, on a mis en place ce que l'on appelle « les instances techniques de concertation ». C'est un terme un peu technique, c'est un peu pompeux, mais cela marche bien. On réunit des directeurs d'établissements médico-sociaux, des représentants du secteur sanitaire, du secteur social, en fonction des thématiques que l'on veut travailler sur les territoires, puisque l'idée est d'organiser l'offre, organiser les parcours des personnes en situation de handicap sur les territoires, et travailler en proximité avec tous les acteurs concernés.

Par exemple, j’anime le territoire de Dieppe, où on a déjà fait cette première rencontre avec le réseau local de promotion de la santé et l’atelier santé ville. Dieppe est un petit territoire, ils se connaissent déjà beaucoup, un certain nombre d’actions de prévention promotion de la santé avaient déjà été mises en place, et certaines actions très intéressantes, parce qu’inclusives, en milieu ordinaire. Elles n’avaient pas été faites dans les établissements médico-sociaux mais en milieu ordinaire, pour des enfants avec d’autres enfants d’autres écoles, des enfants valides, si on veut opposer malheureusement handicap et personnes valides. L’action de prévention promotion de la santé était aussi bien pour les enfants en situation de handicap suivis par l’établissement médico-social que pour des enfants en école, en milieu ordinaire.

On a ces instances, une sur chacun des quatre territoires de santé, et l’on va faire se rencontrer les directeurs d’établissements, les responsables des ateliers santé ville et des réseaux locaux de promotion de la santé. Ce sera la première pierre pour ceux qui ne les connaissent pas, le premier lieu de rencontre. Ensuite, il y aura possibilité d’aller visiter les établissements et rencontrer les équipes.

Mme Christelle Gougeon

Pour compléter sur ce point, on a essayé de promouvoir dans le cadre de ce comité de pilotage le fait qu’il puisse y avoir le plus possible de rencontres sur site. En effet, peut-être que l’une des meilleures manières d’appréhender la question du handicap pour les acteurs de la prévention promotion de la santé, est aussi de visiter un établissement, de rencontrer une association qui propose un service, ou rencontrer des associations d’usagers. Tout cela demande du temps et une mise en place progressive, évidemment, mais c’est la dynamique vers laquelle on veut aller.

Il y a un point sur cet axe-là qui va plutôt être un axe de travail que l’on a prévu pour 2014 : c’est un travail de mutualisation des ressources. En effet, on s’est rendu compte qu’il existe déjà pas mal de choses, qu’il y a des régions qui ont déjà travaillé à des outils, qui ont été testés, expérimentés et validés. On n’est pas toujours d’accord sur le nom qu’on lui donne, « dossier de synthèse ressources », en tous cas quelque chose qui permette de savoir où l’on trouve les bons outils, les acteurs etc. C’est un travail important, que l’on souhaite mettre en place sur 2014.

Enfin, évidemment, de la même façon que l’on a voulu mettre un axe sur la sensibilisation et la formation des acteurs de la prévention promotion de la santé, il faut aussi que l’on puisse sensibiliser et former les acteurs du champ médico-social aux notions de promotion de la santé et aux actions de prévention.

Pour toute cette série d’objectifs et d’axes, on voit bien qu’il y a là un rôle moteur qui est confié à la fois au pôle de compétence et à la fois à l’IREPS, que l’on remercie de bien vouloir porter toutes ces questions-là, puisqu’il faut aussi qu’il y ait de la ressource méthodologique sur ces questions.

Une deuxième série d’axes porte sur l’accompagnement des acteurs dans le champ du handicap. Ce n’est pas forcément phasé dans le temps, mais quand l’ensemble des acteurs seront bien sensibilisés, formés, et au clair sur un certain nombre de notions et se connaîtront, on



fait aussi le pari qu'il sera plus simple de monter des projets qui soient pertinents en prévention promotion de la santé. La question est vraie sur tous les publics : qu'est-ce que l'on met en place et comment on le met en place ? Il s'agit là aussi de pouvoir mobiliser les ressources existantes. On le disait tout à l'heure dans l'état des lieux : ce qui nous avait un petit peu chagriné, c'est de voir que les acteurs du champ du handicap faisaient parfois appel à des acteurs nationaux très, très lointains, ou juste à des professionnels de santé du territoire. C'est sûrement très intéressant, mais parfois, il y a des associations extrêmement compétentes qui sont spécialistes sur un champ et qui sont vraiment capables d'apporter leurs compétences dans le cadre de ces projets. Et surtout, à terme, il s'agit plus largement d'intégrer les démarches de prévention promotion de la santé dans les projets d'établissements.

Mme Laurence Locca

On fait un point aussi évidemment avec la contractualisation, parce que l'on contractualise avec les établissements médico-sociaux les CPOM, les Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens. On se fixe des objectifs ARS et établissement médico-social, et évidemment la question de la prévention et de la promotion de la santé sera inscrite dans les CPOM. On souhaite travailler avec les établissements dans cet axe.

Mme Christelle Gougeon

Dans une autre dynamique, c'est sans doute plus compliqué, en tout cas ça le sera : comment est-ce que l'on réussit à vraiment intégrer ces questions-là dans le cadre des politiques de territoire ? On a plusieurs axes de travail possibles. Il y a les contrats locaux de santé, qui sont un outil que l'on essaie de promouvoir de façon importante dans les programmes de réseaux locaux de promotion de la santé ou ateliers santé ville, évidemment, et peut-être pourquoi pas dans les projets de pôles de santé, maisons de santé.

On se dit que l'enjeu, pour que cela marche vraiment, est que ce soit très, très près du terrain et du territoire. Cela nécessite d'avoir des approches avec des acteurs extrêmement différents, d'être aussi outillés pour être convaincants auprès des élus, auprès des acteurs qui ne sont pas forcément des acteurs ni du champ du handicap ni du champ de la promotion de la santé, mais qui peuvent être des acteurs du monde sportif par exemple, ou du monde culturel, autour de la parentalité, autour de l'insertion sociale. C'est vraiment un objectif beaucoup plus transversal, qui nécessite du temps, et d'y retourner à chaque fois que c'est nécessaire.

Et puis quelque chose qui n'apparaît pas beaucoup dans le reste du plan d'actions, et pour lequel on a eu aussi un peu du mal à faire cette approche-là dans le cadre de l'étude, ce sont les usagers, les associations d'usagers. Vraiment, concernant cet axe-là, ce n'est pas parce que c'est difficile qu'il ne faut pas y aller, mais il faudra vraiment y passer beaucoup de temps. Autant tout à l'heure je disais que l'on comptait beaucoup sur l'IREPS et le pôle de compétence pour travailler ces questions de formation et de sensibilisation, autant là, on est sur une question de portage institutionnel politique fort, et qui doit être partagé.

Comme ce n'était pas très participatif, on va conclure, sauf si vous voulez faire un exercice. Pour l'année 2014 et les suivantes, ce sera vraiment la question de l'implication de tous dans cette démarche d'intégrer ces questions de prévention promotion de la santé vraiment en



faveur des personnes en situation de handicap. Une fois que l'on a dit cela, l'idée est de se dire : pourquoi pas, plus tard, cela pourrait devenir une démarche « naturelle » de mettre en place des plans d'actions spécifiques, des études spécifiques, des acteurs spécifiques, et il n'y aurait peut-être plus besoin de se poser ces questions.

Comme je suis quelqu'un d'un peu réaliste, j'ai le sentiment que ce n'est pas pour tout de suite, maintenant, mais il faut quand même garder en ligne de mire le fait que cela puisse à un moment donné être plus naturel, et que l'on n'ait plus besoin de se réunir pour y travailler, mais juste pour le plaisir.

Merci.

M. Bertrand Morin

Merci pour cette présentation assez complète. Peut-être que quelques-uns d'entre vous ont des questions à poser ?

Mme Christine Madelenat

Bonjour, je suis Christine Madelenat, directrice régionale de l'Association française contre les myopathies. J'accompagne essentiellement des personnes qui vivent à domicile. J'ai bien écouté votre intervention, et j'ai l'impression que votre étude est basée essentiellement sur les personnes en établissement, à moins que je ne me trompe ; et j'avais cette question : quel accompagnement à la santé des personnes à domicile, notamment les adultes, ceux qui sont sortis du système scolaire, éventuellement sortis de l'emploi également ? Quel accompagnement à la santé pour ces personnes, qui sont souvent isolées ?

Mme Christelle Gougeon

Sur le sujet de l'étude en tant que tel, c'est vrai que je suis allée un peu vite sur la présentation. Il est vrai qu'il y avait une réponse majoritaire d'établissements et services. Il y a beaucoup de services qui se sont impliqués dans l'étude, et beaucoup de services qui interviennent à domicile. On l'a juste effleuré à un moment donné, il y avait des positionnements assez différents parfois dans les réponses entre les établissements avec hébergement et des services qui intervenaient à domicile. On voit bien qu'un certain nombre de services ont déjà travaillé ces questions, et peut-être intègrent mieux la question de la prévention promotion de la santé, en tout cas pour ceux qui ont répondu à l'étude.

C'est aussi ce qui faisait la difficulté dans le cadre de l'étude : il y avait une multiplicité d'acteurs, une multiplicité de types de handicaps, on avait la prétention de vouloir travailler sur la question des enfants, des adultes, etc. C'était un champ très, très large. On n'a pas tout exploré, en fonction des réponses aussi, mais c'est sûr que cela fait partie des questions. En matière de réponse, de façon d'organiser la réponse, on est plutôt sur le dernier axe que j'évoquais concernant la stratégie : c'est moins la question de l'intégration dans les projets d'établissement, les CPOM, que la façon dont on intègre ces questions dans une politique de territoire, avec la nécessité de travailler ces questions avec les professionnels de santé qui vont être installés et avec les élus. Parce que c'est une question d'accessibilité, de temps passé etc. On n'a pas la baguette magique sur le sujet, mais on sait que c'est un axe important à travailler.

Intervention de la salle

Il y en a peu dans la salle, peut-être même pas du tout au niveau départemental ou régional, mais du point de vue de l'élu, la fin de votre exposé, Madame, est tout à fait important, et l'expression « portage politique partagé » est claire, notamment le choix symbolique de l'espace dans lequel cela se passe, cela se vit, cela se travaille, parce que cela a été vu. Il ne faut pas le faire uniquement dans les établissements, et en même temps, il ne faut pas le faire non plus uniquement dans des lieux neutres fournis par la municipalité, par exemple.

Il y a tout un travail de réassurance et d'accompagnement, y compris des gens porteurs de responsabilités, parce qu'il y a une appréhension et une gêne vis-à-vis de ce type de problème. Aussi bizarre que cela puisse paraître, les élus, je peux parler d'eux puisque je connais un petit peu leur sort, sont quelquefois démunis par rapport à certains types de situations, et du coup, le travail d'accompagnement concerne aussi et d'abord ceux qui vont être les acteurs. C'est un travail qui se situe concomitamment à deux niveaux différents, avec des points de convergence dont il faudrait éviter, si vous me permettez un conseil, Madame, qu'il soit uniquement par exemple au niveau des fonctionnaires et des administrations. De même que dans une assemblée politique, je leur dirais : cela ne doit quand même pas se passer forcément chez vous, dans vos lieux, parce que cela vous arrange.

Il y a du doigté par rapport à cela, mais il faut qu'il y ait des passages obligés sur lesquels on fasse l'évaluation des avancées qui ont pu avoir lieu, en prenant en note un certain nombre de questions qui sont posées. Mais la fin de votre exposé, à mon avis, montre bien quelle est la piste à suivre.

M. Franck Conan

Franck Conan, atelier santé ville du territoire Elbeuvien. Pour compléter par rapport à ce que demandait ma voisine, je crois en effet que n'apparaît plus le travail qui consiste à contractualiser, organiser, notamment auprès des établissements, et il n'y a pas de spécificité à trouver concernant les gens qui sont à domicile, si ce n'est qu'on est de l'ordre du droit commun.

Je crois que c'est à nous, acteurs de la promotion de la santé, de se rapprocher, pour les gens à domicile, des associations de familles avant tout, pour les intégrer dans les actions que l'on met en place, je parle du dépistage ou de ce type de choses.

Je crois qu'il n'y a pas de spécificité à trouver, si ce n'est d'intégrer dans le partenariat les associations de familles que l'on avait pour le moment beaucoup de mal à intégrer dans nos actions.

M. Michel Pons

Je vais peut-être intervenir, effectivement, compte tenu de ce que j'ai entendu. Je me présente, Michel Pons, président de la Coordination handicap de Haute-Normandie, la Coordination étant repérée au sein de l'ARS comme étant effectivement la structure qui rassemble les associations d'usagers en particulier. C'est à ce titre que je siége au conseil de surveillance de l'ARS.



Par rapport à cette question de la santé, et également de la prévention de la santé, ce sont des questions que l'on débattait assez peu entre nous, très honnêtement. On a participé aux travaux, bien entendu, et cela explique sans doute la différence de points de vue que l'on a pu percevoir entre les établissements, qui étaient beaucoup plus organisés, et les associations d'usagers.

Du coup, je suis très intéressé par cette journée, bien entendu, mais également par le dossier de synthèse ressources, parce que j'ai bien compris qu'il y avait des ressources que l'on méconnaissait. Cette notion-là, par exemple, existe maintenant dans le champ de l'insertion professionnelle, alors qu'elle n'existait pas dans ce champ-là.

Cela me paraît être une bonne avancée, et c'est encore un travail à construire. Pour revenir à votre question, comment impliquer les associations de familles ? C'est assez complexe, puisque dans notre champ, nous ne sommes pas organisés par types de handicaps, et nous pouvons être éparpillés en quelque sorte sur l'ensemble du territoire, ce qui n'est pas forcément simple.

M. Jean-Pierre Ollivier

Jean-Pierre Ollivier, directeur de l'IREPS Basse-Normandie, vos voisins. Je ferai juste une observation. On intervient, nous, sur des établissements médico-sociaux, sur la vie affective et la santé sexuelle notamment, et c'est vrai que si l'on veut qu'un projet fonctionne, il doit être pris en compte à tous les niveaux : pour les usagers, par le conseil de la vie sociale, mais aussi le conseil d'administration de l'établissement, l'environnement de l'établissement. Si l'on ne fait pas cela, on se limite à une action ponctuelle qui n'a pas beaucoup de lendemains.

Il faut vraiment aborder les choses de façon globale, comme la promotion de la santé d'ailleurs, et il faut aussi prendre en compte ce que vous disiez : cela prend du temps, cela ne peut pas se faire en claquant des doigts, si l'on veut que ce soit durable.

Merci.

Intervention de la salle

Juste un commentaire en matière d'addictologie. On avait par le passé une approche centrée sur les produits. Il y avait les gens qui consommaient de l'alcool, ceux qui consommaient du tabac, ceux qui consommaient autre chose. Je crois que l'on peut effectivement faire un parallèle avec l'approche centrée sur le type de handicap. Je crois qu'il faut s'intéresser d'abord à la personne et à son environnement, à son entourage. C'est une leçon que l'on peut transposer entre les deux champs, et qui me paraît tout à fait intéressante, et puis que l'on travaille tous ensemble sur la capacité à être soi.



Présentation des sessions de l'après-midi et de la foire aux outils.

Stéphanie Montpeyroux :

Infirmière à l'ITEP des Hogues

Alain Pruvost :

directeur de l'IDFHI

Isabelle Cauret :

directrice adjointe de l'IMPRO La Traverse

Gwenaëlle Boscher :

ingénieure de formation à l'IREPS HN

Muriel Péquery : adjointe de direction pour l'ADAPT 276

M. Bertrand Morin



Vous trouverez dans vos pochettes une petite fiche d'évaluation. Pour les personnes qui n'auraient pas la chance de rester cet après-midi, nous vous remercions de la remplir maintenant, de manière à la transmettre. Les personnes qui seront là cet après-midi auront le temps de la remplir.

Cet après-midi, nous aurons quatre ateliers, que nous allons présenter, de manière à vous donner envie d'y aller.

L'atelier sur les compétences psychosociales aura lieu dans la salle numéro un, sur les addictions dans la salle numéro deux, la salle numéro quatre accueillera les préventions de l'obésité, et enfin ici, la vie affective et sexuelle.

Les quatre responsables d'ateliers sont invités à venir nous convaincre d'assister à leur atelier. Pour les personnes qui ne sont pas encore inscrites aux ateliers, il faut le faire, parce qu'il y a un problème de place dans les salles.

Je vous laisse vous présenter et présenter votre atelier.

Mme Montpeyroux

Bonjour, je me présente, je suis Madame Montpeyroux infirmière à l'ITEP des Hogues à Saint-Léonard, à côté de Fécamp. Je ne sais pas si les gens connaissent les ITEP. C'est un Institut Thérapeutique, Éducatif et Pédagogique. Notre thématique cet après-midi sera : informer, prévenir, accompagner face aux addictions. Je vais déjà présenter l'établissement. L'ITEP des Hogues est géré par l'UGECAM de Normandie, qui est un organisme privé à but non lucratif de l'Assurance Maladie. L'UGECAM de Normandie gère un réseau de neuf établissements répartis en Haute et Basse Normandie.

La mission de l'UGECAM est de soigner, rééduquer et réinsérer sans discrimination. Les établissements s'adressent à l'enfant, l'adolescent, l'adulte et la personne vieillissante. L'ITEP des Hogues se situe à côté de Fécamp. Il accueille 65 garçons âgés de 6 à 18 ans présentant des troubles du comportement et de la conduite. L'action de soins de l'équipe pluridisciplinaire vise la réinsertion sociale, scolaire et professionnelle des jeunes. En collaboration avec la direction, nous avons pu créer le plan prévention santé mettant en avant différents axes.

En fait, au vu de la population accueillie au sein de l'ITEP, avec 50 % de nos jeunes qui se situent dans la tranche d'âge 15-18 ans, le thème des addictions nous paraissait à tous primordial. Pour être plus efficace, nous avons fait appel à Nautilus, un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie de l'agglomération du Havre.

Cet après-midi, nous vous présenterons plus en détail notre atelier, le projet, de sa conception à sa mise en œuvre, ainsi que les outils qui ont pu être utilisés.

M. Bertrand Morin

Je vous remercie. Nous allons parler de la prévention de l'obésité avec l'IDEFHI.

M. Alain Pruvost

Bonjour, je m'appelle Alain Pruvost. Je suis directeur général adjoint en charge du pôle handicap à l'IDEFHI à Canteleu. Ma mission est de vous présenter l'atelier en deux, trois minutes. Mon but, c'est de vous donner envie, si je puis dire sans faire de mauvais jeux de mots, de vous titiller les papilles avant d'aller déjeuner, de façon à ce que vous veniez le plus nombreux possible nous voir sur notre atelier numéro deux.

En deux mots, ce que l'on a envie de vous présenter, c'est le partenariat que l'on a monté avec le REPOPHN, le Réseau de prévention et de prise en charge de l'obésité haut normand, en vous présentant la démarche, la réflexion que l'on a mise en place, le constat que l'on a fait à l'IDEFHI sur une population de jeunes du pôle handicap qui souffrait de surpoids et d'obésité ; partir de ce constat et partager avec vous tout l'ensemble de la démarche : comment cela s'est développé, comment cela s'est mis en place, les réflexions qui ont été menées, et comment on est arrivé, dans l'action, à faire ce partenariat avec le REPOPHN ; et en quoi aujourd'hui on met un certain nombre de choses en place, puisque notre but premier, c'est d'apporter du bien-être à ces jeunes, qui non seulement souffrent d'un handicap, mais qui en plus ont des problèmes de surpoids.

Or, pour ceux qui sont atteints par ce mal, je vous laisse imaginer ce que c'est, quand on veut faire du sport, de cumuler les deux. C'est parfois très inconfortable et très gênant, cela se rajoute aux difficultés. C'est un peu tout cela que l'on voudrait vous présenter cet après-midi, vous faire partager un peu la réflexion avec nous. Merci de votre participation.

M. Bertrand Morin

L'IREPS et l'IMPRO la Traverse, qui ont travaillé sur les compétences psychosociales.

**Mme Isabelle Cauret**

Bonjour, je suis Isabelle Cauret directrice adjointe de l'IMPRO la Traverse, situé à Omonville, et géré aussi par l'UGECAM de Normandie. Je ne vais pas vous représenter les missions de notre organisme gestionnaire, parce que j'ai une collègue qui l'a très bien fait. L'idée principale de notre atelier, avec Gwenaëlle Boscher et moi-même, est de vous présenter juste ce que l'on a mis en place dans le cadre d'un partenariat entre un établissement médico-social qui avait la volonté de développer chez les adolescents des compétences psychosociales et un organisme d'action de prévention santé, l'IREPS de Haute Normandie. Comment est-ce qu'ensemble, dans l'action, on a développé un diagnostic et une formation en direction des professionnels de l'IMPRO la Traverse. Je laisse un peu la parole à ma collègue.

Mme Gwenaëlle Boscher

On fera cette présentation à deux voix. Isabelle va présenter la commande et le diagnostic qui a été fait sur la structure, et de mon côté, je présenterai la formation et les outils que l'on a proposé aux salariés de la structure. Isabelle reprendra la parole pour dire ce qui s'est mis en place à l'issue de la formation en direction des jeunes accueillis à l'IMPRO.

M. Bertrand Morin

Le dernier atelier sur la vie affective et sexuelle avec l'ADAPT et l'ARRED.

Mme Muriel Péquery

Bonjour, je suis Muriel Péquery, adjointe de direction pour l'ADAPT 276, association qui œuvre pour l'insertion sociale et professionnelle des personnes en situation de handicap. Sur le département 76, nous avons un ESAT, un foyer d'hébergement, un accueil de jour médicalisé pour adultes autistes et adultes en situation de handicap psychique, une résidence accueil qui accueille des adultes en situation de handicap psychique, un SAT hors les murs, (Service d'aide par le travail hors les murs), un SAVS et une entreprise temporaire d'insertion, majoritairement pour les personnes en situation de handicap.

En lien avec l'ARRED, nous travaillons depuis plusieurs années autour de la vie affective et sexuelle des personnes en situation de handicap. Cette thématique d'affectivité, de sexualité des autres nous interroge, parce qu'elle nous renvoie à notre propre expérience, nos valeurs et nos nombreuses questions. Pour les personnes en situation de handicap plus que pour les autres, la liberté affective et sexuelle a été limitée voire interdite depuis longtemps. Ce n'est que très récemment qu'une évolution vers une certaine liberté se fait jour. Les freins récurrents pour permettre aux personnes d'exercer leur sexualité sont liés à une difficulté à accéder à l'intimité nécessaire.

En effet, la sexualité des personnes en situation de handicap est rarement individuelle ou en couple. Elle s'exerce trop souvent sous le regard, la protection, voire l'autorisation de la famille, de l'entourage, de professionnels ou institutionnels.



Nous verrons donc cet après-midi dans un premier temps un exposé sur nos représentations à tous : personnes en situation de handicap, familles, professionnels et associations. Puis dans un deuxième temps nous partagerons un certain nombre d'expériences, de retours, notamment d'animations de groupes de parole et de présentation d'outils pour accompagner ces groupes de parole.

M. Bertrand Morin

Pour ces quatre ateliers, il y aura à chaque fois un petit exposé au départ, mais ensuite beaucoup de discussions, parce que l'intérêt, c'est que l'on a énormément de choses à s'apporter les uns les autres.

Arrive le moment du repas, de la coupure. J'espère que vous remarquez que l'on a tenu l'horaire presque à la minute près, ce qui est souvent exceptionnel. Je remercie tous les intervenants d'avoir su aussi bien tenir compte du temps qui leur était imparti. Le déjeuner est libre, et à partir de 13 h, dans la salle en bas, il y aura un café gourmand qui vous permettra de discuter les uns avec les autres, et aussi une foire aux outils qui vous permettra de voir énormément d'outils sur ces quatre thèmes-là, et d'autres également.

Synthèse Foire aux Outils

Une Foire aux outils s'est tenue entre 13h00 à 14h00, animée par les documentalistes de l'Intance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé et des Réseaux Locaux de Promotion de la Santé afin de présenter aux participants les outils et ouvrages qui existent en éducation et promotion de la santé accessibles et adaptables pour ces publics en situation de handicap (plus particulièrement sur le handicap mental). Plusieurs tables étaient proposées aux participants :

- Des ouvrages sur les handicap
- Des outils pour aborder de manière globale le handicap
- Des outils à base d'images, de supports visuels, des jeux, mallettes, etc... sur différentes thématiques de santé (correspondant également aux thèmes des ateliers de l'après-midi) : vie affective et sexuelle, le corps/l'hygiène /les sens, l'alimentation, les Compétences Psycho-Sociales.

Un temps de découverte, de rencontre et d'échange intéressant

Les participants ont pu poser des questions sur les outils présentés, voir comment et pourquoi on les utilise, mais aussi parler de leurs besoins en documentation (outils d'intervention particulièrement) ou autres, et sur leurs projets de création d'outils également. Ils ont été orientés vers leurs référents de documentation territoriaux et ont pu les rencontrer directement, échanger avec eux et avec les documentalistes de l'IREPS. Cet espace a donc permis de faire du lien entre les uns entre les autres - tout en savourant un café gourmand - et a été une occasion d'inviter les personnes à venir vers les Points Relais Documentaires (PRD) des RLPS et les Centres de documentation de l'IREPS et de rappeler les services qu'ils proposent :

- Un large choix de supports empruntables sur des thématiques variées et un conseil pédagogique personnalisé – PRD et IREPS
- Diffusion de supports de prévention (brochures, affiches, etc.) – PRD et IREPS
- Un accompagnement documentaire – IREPS

Impressions / Appréciations :

Parole de Participants :

- C'est très intéressant d'avoir un aperçu des outils
- Cela donne envie de venir aux centres documentaires
- C'est une très bonne idée de faire une foire aux outils pour un colloque, le café gourmand en même temps a rajouté un côté convivial, très sympathique.

Parole d'Animateurs :

- C'est l'occasion de les orienter vers nous, vers la base Bib-Bop, vers la veille documentaire de l'IREPS
- Ils apprécient les démonstrations de jeux
- Les outils (comme la poupée sur le thème vie affective et sexuelle) les interrogent, soulèvent des questions pour leurs pratiques
- Cela a permis de mettre en avant les PRD et les centres de documentation, je pense



que cela est bénéfique de présenter nos outils et documents sous cette forme, les personnes que j'ai rencontré lors de cette foire m'ont paru très intéressées (expérience à renouveler).



Session 1 : Les addictions

Animation : Nautilia/ITEP Les Hogues (UGECAM)

Une présentation des deux structures impliquées dans ce projet a introduit l'atelier :

- Une structure du champ du handicap : ITEP les Hogues
- Une structure en addictologie : Nautilia

Le projet de Promotion de la Santé de l'ITEP des Hogues porte sur la prévention des addictions et s'appuie sur « un plan de prévention santé ».

Ce plan a été construit à partir de différents constats effectués sur le terrain et par différents professionnels de la structure.

L'équipe éducative de l'ITEP concernant les addictions a pu poser quelques constats :

- Des consommations de tabac et d'alcool fréquentes
- Des usages de cannabis en augmentation dont certains semblent préoccupants
- Des comportements de transgression des règles de vie liés à l'usage de produits psycho-actifs
- Quelques comportements délictueux
- Un public plus particulièrement vulnérable par rapport à ces questions de consommation : les 15/18 ans

De ces constats, l'ITEP a souhaité agir dans le cadre de son plan de prévention auprès des jeunes en se rapprochant d'une structure spécialisée en prévention des conduites addictives : Nautilia (A noter qu'un partenariat existait au préalable mais celui-ci était plus orienté autour de l'accès à la Consultation Jeune Consommateur et dans une approche individuelle).

La première partie du projet a donc visé les objectifs suivants :

- Créer un partenariat avec Nautilia qui s'inscrit dans la durée
- Contribuer à une culture commune

Après avoir pris la mesure du contexte et de la demande de l'ITEP, l'association Nautilia, a proposé, en amont d'une action en faveur des jeunes, un temps de formation à destination de l'équipe éducative.

La formation visait à construire une culture commune sur la question des addictions au sein de la communauté éducative de l'ITEP en travaillant sur les représentations ainsi qu'en apportant quelques éléments de connaissances sur le sujet.



La seconde partie de la démarche a donné lieu à l'élaboration d'une action de prévention déclinée en objectif :

- Prévenir les comportements addictifs auprès des jeunes par des temps de rencontres collectifs et ludiques :
 - Débattre avec les jeunes sans a priori ni jugement sur la question des conduites addictives
 - Partir des questionnements des jeunes et de leur représentation pour apporter des éléments de réponses.
- Favoriser l'accès aux soins et notamment à la Consultation Jeunes Consommateur.

L'action s'est déroulée sur site à partir d'une programmation de quatre séances séquencées en une heure, les mercredis, en petits groupe, jusqu'à 12 participants maximum et animé par des professionnels de la prévention de Nautilia en présence d'un représentant de l'équipe éducative de l'ITEP.

Les animateurs de prévention se sont appuyés sur l'outil INFO/INTOX pour mener leur intervention. Cet outil pédagogique adapté aux objectifs du projet a permis à la fois d'avoir une approche globale sur les comportements à risques et en même temps d'ouvrir le débat sur des idées reçues et des positionnements adoptés par les jeunes de l'ITEP.

L'action n'a pu être évaluée de manière satisfaisante et l'ensemble des professionnels sont d'accord sur le fait que ces interventions ont libéré une parole du côté des jeunes. Cette action a permis également de donner du sens quant à une démarche de prévention des addictions au sein de l'établissement ITEP.

Quelques freins ont été identifiés et à plusieurs niveaux :

- La mise en place de l'action a demandé une organisation interne parfois compliquée dans la gestion des plannings
- Le coût financier de l'action pour l'établissement ITEP qui questionne sur la pérennisation de l'action
- Le public dans la capacité à maintenir une attention liée à des troubles du comportement de certains jeunes lors des interventions

Des leviers ont été identifiés concernant :

- Le partenariat impliquant une meilleure interconnaissance entre les structures ITEP et Nautilia
- Emergence d'une culture partagée ouvrant des perspectives.

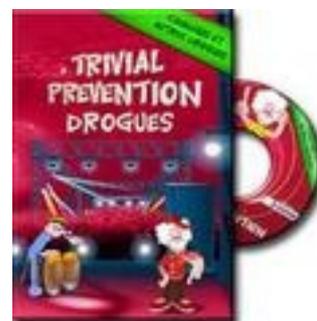
L'équipe de l'ITEP souhaite en regard de cette expérience poursuivre cette dynamique en ouvrant la prévention des conduites addictives à d'autres thématiques que l'usage de produits psycho-actifs, telle que les mondes virtuelles, jeux vidéo, réseaux sociaux...

Par ailleurs, l'établissement souhaite mettre en place une action en faveur des parents.

En conclusion, cette démarche a permis un rapprochement partenarial entre deux structures et chacune d'entre elles à leur niveau d'intervention a pu trouver un sens commun et partagé aux interventions de prévention.

Du côté des outils :

Trivial prévention drogues : cannabis et autres drogues



BELLEUVRE Michaëla, BENOIT Emmanuel, SEDAP, 2006

1 CD ROM (système d'exploitation XP-2000-98 et 95 et Acrobat Reader), 1 guide de présentation, 1 guide technique

L'outil s'adresse principalement à un public de lycéens et de jeunes adultes. Il peut également être utilisé comme sont : les produits psychoactifs, la loi et la réglementation, es comportements et la prévention, l'histoire et l'actualité. On y trouve également quelques ressources documentaires : un lexique, une liste non exhaustive des documents de référence utilisés pour la conception des questions, une liste de sites internet et les coordonnées de quelques structures ressources.

7 à toi

Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA) Ille et Villaine, ANPAA du Morbihan, 2005



Ce jeu de plateau permet d'engager un projet de prévention des conduites à risque auprès d'enfants de 9 à 11 ans. Il leur propose de prendre conscience de leurs ressources et compétences individuelles afin d'opérer des choix favorables à leur santé présente et future. A partir de différentes cartes qui se trouvent dans la pioche, les enfants s'expriment sur ce qu'ils aiment et pour quoi, sur des situations vécues par des personnages et sur différents moyens de répondre à ces situations. Le jeu permet également différentes animations : expression écrite, bande-dessinée, création de nouvelles cartes de jeu, réalisation d'illustrations ou encore montage d'une pièce de théâtre... Ce jeu a été validé par la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) en 2005.

Libre comme l'air

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), INPES, 2004

Destiné aux classes de collège, ce coffret cherche à développer une approche globale et positive de la santé des jeunes autour des questions liées au tabagisme, et plus largement aux dépendances.

<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/980.pdf>



Session 2 : La prévention de l'obésité chez les enfants

Animation : IDEFHI/REOPHN/IREPS-HN

Dans notre volonté de proposer un temps très pratique, valorisant des projets ou actions co-construites entre les acteurs de la PPS et ceux du médico-social, nous avons souhaité valoriser les actions développées par l'IDEFHI pour prévenir et prendre en charge l'obésité pédiatrique au sein de leur population en situation de Handicap.

Lors des consultations médicales, réalisées par le Service Médical des Usagers de l'IDEFHI, a été fait le constat qu'une forte proportion d'enfants du Pôle Handicap était en surpoids ou obèses.

En 2012, la réalisation d'une étude d'évaluation de la corpulence des enfants du Pôle Handicap (IME, ITEP et au Service d'Education et d'Enseignement pour Jeunes Sourds - SEEJS) est venue étayer et confirmer ce constat.

Aussi, afin de permettre une meilleure prise en charge de l'obésité pédiatrique et de développer l'éducation et la promotion de la santé par la mise en place d'actions de prévention ciblées dans ce domaine, l'IDEFHI a, depuis le mois d'août 2013, signé une convention de partenariat avec le Réseau de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique de Haute-Normandie (REOPHN). En effet, le REOPHN, qui existe depuis 2007, facilite l'accès aux soins grâce à une prise en charge pluridisciplinaire de proximité des enfants et des adolescents en surpoids, selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé.

L'adhésion au réseau permet une prise en charge diététique, pendant deux ans, à raison de quatre consultations financées par le réseau. Ces consultations se font par des diététiciennes libérales adhérentes au réseau.

Pour faciliter et améliorer cette prise en charge, ces consultations de diététique peuvent être réalisées, au sein de l'IDEFHI, depuis le mois de septembre 2013 par Madame DUMONT, diététicienne.

Parallèlement à cette prise en charge individuelle, le REOPHN organise également une prise en charge de groupe par la mise en place de journées d'action.

C'est ainsi que l'action « Vis ton challenge » permet aux enfants en surpoids de pratiquer une activité physique adaptée au cours de laquelle un bilan moteur est réalisé. Cette action aura lieu à l'IDEFHI le 24 février 2014.

Toutes ces séances sont faites en lien avec les familles. La prise en charge financière est assurée par le réseau et est par conséquent gratuite pour les familles.

Cette journée s'articule autour des enfants, des parents et des professionnels.

Elle propose, pour les enfants, une série d'exercices adaptés permettant de travailler la confiance en soi, de redécouvrir son corps et de reprendre du goût et du plaisir à bouger. Au cours de cette journée un atelier spécifique autour de la nutrition est organisé.



Le REPOPHN organise également des actions de formation à destination des professionnels de l'IDEFHI sur la prise en charge de l'obésité pédiatrique. Cette formation d'une durée de 3 heures se compose de 4 parties :

- Une première partie médicale (complications, prise en charge de l'obésité pédiatrique),
- Une partie diététique (idées reçues, conseils alimentaires, etc ...),
- Une partie psychologique (problématiques psychologiques des enfants obèses),
- Une partie sur l'activité physique adaptée (bilan moteur, contraintes liées au surpoids).

Cette formation est assurée par 4 intervenants du REPOPHN :

- Madame le Docteur GEHANNO, pédiatre et Coordinatrice du REPOPHN
- Madame CHANONI, psychologue
- Madame CASTRES-LEBERUYER, Coordinatrice APA (Doctorat en Activité Physique Adaptée)
- Madame QUEVAUVILLIERS, diététicienne.

Une première session de formation a eu lieu à l'IDEFHI le 2 décembre 2013. Cette dernière a rencontré un vif succès auprès d'un grand nombre d'agents de l'IDEFHI qui ont pu y participer (maitresses de maison, éducateurs, maîtres-d'ateliers, infirmières, psychologues). Une seconde session est prévue le 13 janvier 2014.

Un bilan du partenariat sera réalisé en juin 2014, avant le renouvellement de la convention. La mise en place de ce projet et des actions qui en découlent ne peut se faire sans prendre en considération les éléments suivants :

- La population accueillie à l'IDEFHI est une population à risque de complications car il y a une prévalence élevée de surpoids et d'obésité, quelle que soit l'origine du handicap: mental, sensoriel ou comportemental.
- De plus il y a des pathologies génétiques fréquentes, une morbidité accrue, des troubles psychologiques fréquents (méséstime de soi, dévalorisation).
- L'obésité est donc un Surhandicap à éviter, ce à quoi le travail partenarial entre le REPOPHN et l'IDEFHI cherche à répondre.

C'est pourquoi les prises en charges sont pensées de manière à s'adapter au handicap et au niveau intellectuel des enfants. Par ailleurs les moyens de communication sont adaptés, tout comme les outils d'évaluation de la compréhension et les ateliers ludiques et sportifs de la journée «vis ton challenge».

Ce partenariat a donc permis à l'IDEFHI de faire bénéficier aux enfants du pôle handicap des actions de prévention adaptées et prenant en compte leur handicap, et de leur offrir une prise en charge également adaptée.



Du côté des outils

Il existe un certain nombre d'outils pédagogiques d'intervention et d'ouvrages pouvant être utilisés auprès d'enfants en situation de handicap dans le cadre d'un projet sur l'alimentation. Les outils présentés sont les suivants :

Le p'tit toqué

BESSE Sophie, 2012

Thème(s) : Alimentation, Activité physique

Publics : Enfant



Ce jeu permet de promouvoir des comportements favorables à la santé en matière de nutrition et d'activité physique régulière, et de fournir aux enfants les bases d'une bonne hygiène alimentaire. Le jeu permet d'aborder la nutrition selon plusieurs axes : initier un dialogue entre enfants et adultes au sein de la famille, mais aussi entre copains, au sein d'établissements scolaires, ludothèques, centres sociaux, etc. ; sensibiliser l'enfant aux aliments : l'aider à mémoriser les différentes catégories d'aliments, lui donner envie de les choisir et de les consommer ; lui apprendre à cuisiner grâce aux cartes ustensiles de cuisine ; lui faire comprendre l'utilité de pratiquer une activité physique régulière. A l'issue de la partie, le jeu permet de lui donner la possibilité de passer de la théorie à la pratique, en cuisinant un repas avec les cartes de recettes fournies dans la boîte. Le jeu peut se dérouler sur 2 niveaux : pour les plus jeunes, il est possible de simplifier la règle du jeu en jouant sans les ustensiles de cuisine. Il est destiné aux enfants âgés de 7 ans et plus.

Collation : 270 cartes, un dé à 6 faces, 6 tapis de jeu, la règle du jeu, une toque de chef

J'apprends à bien manger

GUYOT Céline, HARYNCK Lyse

Nathan, 2010

Thème(s) : Alimentation

Publics : Enfant



Ce jeu aide les enfants à découvrir des informations sur les aliments et des conseils pour apprendre à équilibrer ses repas. L'enfant doit composer son menu en choisissant une entrée, un plat, un laitage et un dessert sans oublier le pain et l'eau. Le premier à avoir complété son plateau repas gagne la partie.

Collation : 4 «plateaux» repas (feuilles plastifiées - 28 x 21 cm), 1 roue (avec 1 cuillère qui tourne - diam. 14 cm), 56 tuiles aliment (dessin d'un côté et petit texte de l'autre), règle du jeu



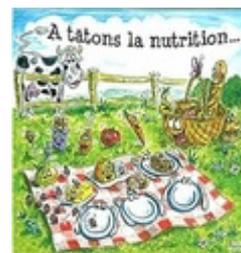
A tâtons la nutrition

Commission santé solidarité du conseil municipal d'enfants de Châteauroux

Ville de Châteauroux, 2005

Thème(s) : Alimentation

Publics : Tout public



Ce jeu de plateau est le fruit du travail de 11 jeunes élus de la commission santé 2003/2004 du conseil municipal d'enfants de la ville de Châteauroux soutenus par le Comité départemental d'éducation pour la santé de l'Indre et le service de santé publique de la ville de Châteauroux. Destiné à tout public, il apporte de manière ludique des informations autour de l'équilibre alimentaire et sur les différents groupes d'aliments. Des questions variées et diversifiées permettent un échange interactif entre les joueurs.

Collation : 1 plateau ; 100 cartes (700 questions-réponses) ; 1 dé ; 6 pions ; 6 paniers en carton ; 36 aliments en carton ; 1 sablier

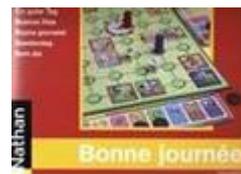
Bonne journée

SCHMITTER Laurence

Nathan, 2001

Thème(s) : Rythme biologique, Hygiène, Alimentation

Publics : Enfant



Ce jeu permet de parler du temps, des différents moments de la journée, des rythmes de vie, avec de jeunes enfants à partir de 4 ans. A l'aide de scènes de la vie quotidienne de petits personnages, il fait découvrir aux enfants la structuration du temps, notamment autour de la notion d'équilibre alimentaire et du bien-être du corps au quotidien. Ce jeu traite aussi du sommeil, de la toilette, du brossage des dents, du petit déjeuner et des différents repas de la journée, de l'activité physique, du sport, des temps de loisirs, du temps scolaire.

Collation : 1 plateau de jeu, 4 pions, 1 dé pour se déplacer, 1 dé à 3 consignes, 4 supports réveil, 4 plateaux journée de 5 cases aimantées, 4 plateaux journées de 10 cases aimantées, 40 jetons magnétiques, 1 règle du jeu



Ekipod : Destination santé

Ligue Vaudoise contre le cancer, s.d.



Thème(s) : Alimentation, Activité physique, Cancer
Publics : Enfant

Ce jeu traite de l'alimentation, de la prévention solaire et de l'activité physique. Il permet aux joueurs de prendre conscience des choix auxquels ils sont confrontés quotidiennement. Il les sensibilise aux comportements les plus adéquats pour leur santé. Des mises en situation permettent d'anticiper les bénéfices ou les risques de son comportement.

Collation : Plateau de jeu, 8 cartons de jeu, 12 cartes «personnage», 192 jetons, 60 cartes «bon/malux», 360 cartes «quizz», 12 pions «personnage», 2 dés, une notice du jeu

Les habitudes de Thomas et Zoé !

Mutualité française du Nord - Pas-de-Calais, s.d.



Thème(s) : Activité physique, Alimentation
Publics : Enfant

Cet outil pédagogique a pour objectif de sensibiliser les enfants de 6 à 10 ans sur les bienfaits d'une activité physique régulière et de l'alimentation équilibrée pour la santé. Grâce à deux animations, l'une pour les 6-7 ans et l'autre pour les 8-10 ans, basées sur deux supports visuels représentant des activités sédentaires et des activités physiques, les enfants sont invités à repérer des comportements liés à l'activité physique, à la sédentarité et dans une moindre mesure à l'alimentation.

Collation : 1 guide pédagogique, 1 guide ressources, 1 puzzle de 15 pièces, 15 cartes «Quiz», 1 bloc de 100 visuels miniatures recto/verso, 1 poster recto/verso, 10 supports pour les visuels miniatures, 1 questionnaire de satisfaction et de suivi

Fourchette & marelle

Groupe de travail «Fourchette & Marelle»

2010

Thème(s) : Alimentation
Publics : Enfant



Cette mallette a été finalisée en septembre 2008 par le groupe de travail «fourchette & marelle», coordonné par l'unité d'Endocrinologie de l'hôpital des Enfants et le RéPPop Toulouse Midi-Pyrénées. Elle propose des outils et des conseils d'activités adaptés aux enfants de maternelle dont l'objectif est l'acquisition de connaissances : les saveurs et le goût, l'origine des aliments, les groupes d'aliments, l'importance de l'activité physique, la lutte contre la sédentarité.

Je mange, je bouge, je vais bien. Action de prévention de l'obésité infantile en école maternelle



Comité départemental d'éducation pour la santé (CoDES)
des Bouches-du-Rhône

CoDES des Bouches-du-Rhône, 2010

Thème(s) : Alimentation, Activité physique
Publics : Enfant, Educateur pour la santé

Dans le cadre de la prévention de l'obésité infantile, ce dossier pédagogique a 3 objectifs : promouvoir l'alimentation équilibrée de l'enfant auprès des parents, sensibiliser les enfants des écoles maternelles aux bienfaits d'une alimentation équilibrée et promouvoir l'activité physique. Il propose une méthodologie d'intervention auprès des équipes pédagogiques, des parents et des enfants. L'intervention auprès de ces derniers se déroule sur 8 séances, chacune ayant un thème spécifique (les aliments protecteurs, les aliments bâtisseurs, les aliments énergétiques, les graisses et les sucres cachés, l'activité physique, etc). Chaque séance présente le cadre théorique du thème proposé ainsi que les outils d'animation correspondants.

Faut que ça bouge à l'école ! Fiches terrain : Conseils pour l'élaboration et la réalisation de séances d'activités physiques



Institut Danone, 2007

Thème(s) : Activité physique
Publics : Educateur pour la santé, Enfant

Ce kit permet d'accompagner les enseignants des classes de CE2, CM1 et CM2 dans la mise en place, avec leur classe, de jeux favorisant l'exercice physique. Cet outil propose des fiches d'information «Activité physique et santé», présentant les principales connaissances scientifiques concernant les relations entre la santé de l'enfant et la prévention des pathologies de l'adulte. Des fiches pédagogiques «Des Jeux pour Bouger, des Jeux pour la Santé», présentent une sélection de jeux collectifs favorisant le développement de l'enfant à travers les activités courir, lancer, sauter, s'exprimer. Des fiches terrain présentent les règles des jeux sélectionnés et permettent la mise en œuvre de chaque jeu par l'enseignant ou les enfants eux-mêmes.
<http://www.institutdanone.org/profession...>



Jeunes et alimentation. Un dossier Photolangage® pour penser ce que manger veut dire

BELISLE Claire, DOUILLER Alain

CoDES du Vaucluse, 2012

Thème(s) : Alimentation

Publics : Adolescent, Préadolescent, Educateur pour la santé



Ce Photolangage® permet de travailler avec les jeunes sur 3 axes éducatifs principaux : penser sa pratique alimentaire et comprendre celle des autres, mieux comprendre en quoi la transformation de son corps modifie son rapport à l'alimentation et en identifier les éléments les plus structurants.



Session 3 : Les compétences psychosociales

Animation : IREPS/Impro La Traverse (UGECAM)

Afin de développer l'autonomie sociale et les compétences psychosociales des usagers de l'IMPro « la Traverse », un projet de développement des compétences psychosociales a été expérimenté en partenariat avec l'IREPS. In fine, il s'agit de favoriser l'insertion sociale et professionnelle des usagers à travers l'élaboration d'un référentiel touchant différents thèmes relatifs à la santé et à la vie quotidienne (se déplacer, se nourrir, prendre soin de soi...). Par le biais des apports de contenus et des mises en situation proposés lors de la formation, les professionnels de l'IMPro comprenant à la fois des moniteurs éducateurs, des éducateurs spécialisés, des assistants socio-éducatifs, une orthopédagogue et une professionnelle du service d'accompagnement et d'autonomie ont été invités à envisager l'ensemble de leurs actions sous le prisme du développement et de l'acquisition de compétences des bénéficiaires. Bien plus que des techniques d'interventions, ce qui est visé par cette formation, c'est un changement de posture dans les interventions (quelles soient individuelles ou collectives) au quotidien auprès des jeunes.

Ce projet s'est déroulé en quatre temps :

- Un premier temps de rencontre avec la structure afin d'affiner la demande et de présenter une réponse possible en termes de formation.
- La mise en place de la formation dans et hors les murs de l'IMPro
- Un temps de bilan avec le commanditaire
- Une valorisation de cette action dans le cadre du colloque du Pôle Régional de Compétence : Prévention, promotion de la santé et handicap, le 13 décembre 2013.

D'une durée de 5 jours, proposée deux fois sur la structure et répartie sur 4 mois, cette formation a permis de travailler les points suivants :

- Les représentations de la santé
- Les concepts en santé
- Les déterminants de la santé
- La méthodologie de projet
- Les compétences psychosociales
- L'estime de soi et l'affirmation de soi
- Des outils pour aborder les compétences psychosociales
- La réutilisation des outils et techniques présentés dans les actions collectives et individuelles quotidiennes

Chaque journée a été co-animée par un professionnel du centre de documentation et un formateur de l'IREPS. Les 3 premières journées de formation (sur site) se sont déroulées en alternant des phases d'apports théoriques et des phases d'exercices pratiques. La quatrième journée s'est déroulée dans les locaux de l'IREPS. Lors de leur venue, les stagiaires ont pu découvrir et expérimenter les outils qu'ils pouvaient mobiliser dans leur action de santé.

La dernière journée a été organisée autour de la réflexion quant au montage du ou des projets qui pourraient être organisés au sein de l'Impro.

Points forts et points faibles :

- Formation enrichissante et agréable
- Globalement très satisfait de la qualité des intervenantes et des méthodes utilisées
- Les intervenantes ont su capter et susciter l'intérêt des stagiaires malgré les a priori et le fait que la formation « soit imposée par la direction »
- Formation très complète et tenant compte des attentes et « projets » des stagiaires

Deux points négatifs : la dispersion dans le temps des 5 jours de formation

Une formation trop courte nécessitant 1 ou 2 séances supplémentaires dans le but de mieux appréhender le projet et la mise en pratique

Ce que cette formation va permettre :

- La mise en place de projet en prenant appui sur des outils concrets
- Une meilleure intervention auprès des jeunes et une nouvelle approche dans le travail
- Une meilleure connaissance des outils disponibles au sein de l'IREPS

Lors du bilan de la formation avec l'équipe dirigeante de l'IMPro, quelques points positifs complémentaires ont été notés quant au développement des actions à l'issue de la formation :

- L'importance du discours commun entre l'IREPS et l'équipe encadrante de l'IMPro vis-à-vis des stagiaires
- La diversité des professionnels au sein de la formation, permettant notamment des actions cohérentes entre tous, qu'ils soient éducateurs, orthopédagogue...
- La formation sur site a permis aux intervenants de l'IREPS d'adapter le contenu de la formation aux publics accueillis au sein de l'IMPro, aux conditions de travail dans la structure...
- La restructuration du projet d'établissement, au sein de l'IMPro qui amène un remaniement des emplois du temps des professionnels et la spécification des métiers dans l'équipe éducative

Ce projet a donc permis d'initier une dynamique entre professionnels d'une même structure autour des compétences psychosociales.

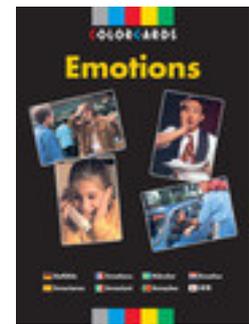


Du coté des outils

Emotions

HARRISON Vanessa

Speechmark publishing, 1990



Ce coffret de photographies de la collection «Colorcards» est un outil pour aider à l'expression de sentiments.

Les cartes sont organisées en 3 grands thèmes : les individus, les situations difficiles et les situations agréables.

Le cartable des compétences psychosociales

Le cartable des compétences psychosociales est un site ressource évolutif créé par l'Ireps Pays de la Loire pour celles et ceux qui souhaitent renforcer les compétences psychosociales (CPS) d'enfants et de pré-adolescents de 8 à 12 ans.



Le site est construit autour de trois parties :

- les CPS en théorie, partie destinée à répondre aux grandes questions les CPS c'est quoi, d'où ça vient et pourquoi aujourd'hui ?
- les CPS : de la théorie à la pratique, partie destinée à poser les grands repères méthodologiques et pédagogiques. Chaque compétence psychosociale est illustrée en répondant aux questions : quoi, pour quoi, quelle progression ?
- les CPS en pratique, partie concrète destinée à répondre à la question « Et... qu'est ce qu'on fait exactement ? » qui offre des fiches d'activités pédagogiques et des conducteurs d'animation de séances.

Le site offre dès à présent un certain nombre de ressources. Il sera complété dans les mois à venir.

Pour accéder au site : <http://www.cartablecps.org>

Développer les compétences sociales des adolescents par des ateliers de parole

TARTAR GODDET Edith, Retz , 2007, 191 p.



Ce livre explique comment mettre en œuvre des ateliers de parole en contexte scolaire pour aider les adolescents à développer leurs compétences sociales. Cette démarche est articulée en 3 chapitres : la mise en place de ces ateliers en 12 questions-réponses, apprendre à se connaître soi-même, apprendre «l'autre», à accepter les autres et à vivre en groupe. Une centaine d'exercices sont proposés.

Estime de soi et santé

Dossier pédagogique à l'intention des enseignants de premières du Cycle d'Orientation pour l'animation des ateliers.
Fribourg : REPER, 2009, 56 p

Estime de soi et santé

Dossier pédagogique à l'intention des enseignants de premières du Cycle d'Orientation pour l'animation des ateliers



REPER

Projet de la santé et du bien-être
Service National de Projets
Rue de la Gare 2, CH-1700 Fribourg
Tél. 026 422 0200
www.reper.ch

Août 2009

Le dossier « Estime de soi et santé » a été élaboré par REPER, Information et Projets, à la demande de plusieurs groupes santé des Cycles d'Orientation fribourgeois. Il a été conçu à l'intention des maîtres de première année, comme thème à développer pendant quelques heures d'information générale (un minimum de 3 à 5 heures). Libre à chaque enseignant d'utiliser les activités avec lesquelles il se sent à l'aise.

L'objectif de ce dossier est de renforcer l'estime de soi de chaque élève afin d'augmenter les facteurs de protection face aux divers problèmes de la vie.

Ce dossier donne des pistes pour créer un climat de classe qui favorise :

- la connaissance et le respect de soi et des autres
- la reconnaissance des talents et valeurs de chacun.

<http://www.reper-fr.ch/wp-content/uploads/2011/11/56-Estime-de-soi-LQ.pdf>

Pistes de vie, pour encourager l'estime de soi et le respect de l'autre : maternelle / primaire



Fédération nationale couples et familles, 2005

Cette mallette élaborée à l'attention des personnels éducatifs, travailleurs sociaux et animateurs, contient un ensemble de moyens pédagogiques pour apprendre à : se connaître soi-même et s'apprécier, identifier et gérer ses propres émotions, écouter l'autre, le connaître, accepter les différences, découvrir les émotions et les sentiments de l'autre, le respecter, expérimenter différentes possibilités de résolution de conflits, prévenir les violences.



Session 4 : La vie affective et sexuelle

Animation : ARRED/ADAPT/Département 76/IREPS HN

Généralités : la famille recule souvent l'âge des réalités qui font peur. Elle a tendance le plus souvent à confondre affectivité avec sexualité, et sexualité avec procréation. Pour la famille et l'entourage, la projection d'un enfant/adolescent handicapé vers un avenir sexué est rare.

Les professionnels n'ont pas vocation à autoriser ou non la sexualité. Le droit à l'intimité existe, et de ce fait, la personne handicapée bénéficie du respect de son intimité. Sous couvert de protection, les professionnels ne leur laissent pas faire des « bêtises ». Mais attention, on est trop souvent convaincu de ce qui est bon pour eux.

La réponse des établissements peut se faire au travers de règles formulées par l'équipe éducative :

Par exemple l'équipe éducative va pouvoir s'interroger sur :

- Quel accompagnement pour l'éducation affective et sexuelle (information, groupe de parole...?)
- Comment un usager doit-il présenter son ami ?
- Peut-il le recevoir au Foyer ? Où peut-il le rencontrer ?
- Comment accompagner un couple ? ...

Mais cette réponse va également pouvoir se faire en développant des moyens visant à accompagner l'équipe éducative notamment en :

- Désignant des personnes ressources ?
- En développant des formations ?
- En proposant des groupes de parole, des ateliers d'information par exemple
- En s'interrogeant sur les outils les plus pertinents et à disposition
- En se questionnant sur les moments pendant lesquels l'équipe éducative peut échanger sur ce sujet ?

L'équipe éducative n'oubliera pas qu'elle n'est pas seule en contact avec les usagers.

En matière d'affectivité et sexualité, les uns ne peuvent faire sans les autres (usagers, familles, associations, établissements).

Les apports du groupe de parole : partage d'expérience

- ADAPT/ARRED
- Equipe de Grugny

Un groupe de parole de 3 hommes et de 3 femmes pour 2 animateurs a été constitué. Les séances de groupe se sont tenues pendant 18 mois, dans un lieu approprié (tranquille, intime) à raison d'une séance par semaine. Le groupe a lui-même fixé les règles à respecter en son sein.



Le programme décliné a été calqué sur l'ouvrage « des Femmes et de Hommes », et les supports aux échanges ont été plusieurs films courts ainsi que des photos langage.

Les points négatifs soulignés par les professionnels :

Une personne s'est désistée (hospitalisation) en raison de ses difficultés au sein du groupe (mais aussi pour des raisons extérieures au groupe).

Etre attentif aux questions liées à la violence en raison notamment de ce qu'ont pu vivre les participants par ailleurs.

Les points positifs soulignés par les professionnels :

Etonnement quant au respect des participants entre eux, ainsi qu'à l'appropriation des règles du groupe.

Plus grande aisance dans la parole de chacun au fur et à mesure.

Du côté des outils

Les intervenants sont d'accord pour dire qu'il est nécessaire de réaliser des séances d'information dès le plus jeune âge, en adaptant les outils disponibles. Il existe beaucoup d'outils ressource en région (IREPS), sont notamment cités :

Des femmes et des hommes. Programme d'éducation affective, relationnelle et sexuelle destiné aux personnes déficientes mentales

DELVILLE Jacqueline, MERCIER Michel, MERLIN Carine

Handicap et santé, 2000

Cette mallette pédagogique a pour objectif de favoriser l'épanouissement des personnes déficientes mentales en proposant des animations visant à être mieux avec soi-même, avec son corps, avec l'autre, dans sa vie amoureuse et dans sa sexualité.





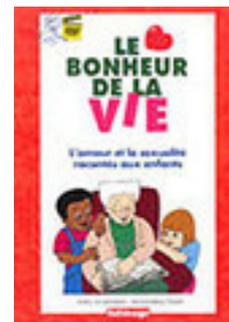
Le bonheur de la vie L'amour et la sexualité racontés aux enfants

GIRERD Jacques-Rémy

Folimage, 1991

Thème(s) : Vie affective et sexuelle

Publics : Tout public



Ce dessin animé s'adresse aux enfants et facilite les réponses aux questions les plus intimes et souvent embarrassantes qu'ils posent à leurs parents. Différents thèmes sont abordés : les garçons, les filles, les petites graines, les chromosomes, la puberté, l'instinct sexuel, à la découverte de mon corps, à la découverte de l'amour, l'aventure amoureuse, la fécondation, un bébé vient au monde, les premiers instants de la vie, maman j'ai faim, les jumeaux, fille ou garçon, choisir de donner la vie, grandir, l'arbre de vie, ma maison.

Le buste

disponible à l'IREPS (support qui permet d'évoquer la poitrine, le sexe, le ventre

Poupée Mamamor

Mamamor, s.d.

Thème(s) : Vie affective et sexuelle, Anatomie

Publics : Personne handicapée, Enfant



Cette poupée peut s'utiliser comme support éducatif et pédagogique permettant d'aborder différents thèmes : la grossesse et l'accouchement et par extension la sexualité, les rapports affectifs et amoureux, la parentalité... Elle facilite le dialogue et les échanges que ce soit auprès d'un public présentant un handicap ou avec un public jeune à titre éducatif ou bien pour préparer l'arrivée d'un nouvel enfant dans la famille.

Le sexe féminin en mousse

Il est précisé qu'il convient pour le professionnel de s'approprier l'outil, quel qu'il soit (vérifier qu'il est bien adapté au degré du handicap, à l'âge, etc), avant l'intervention, et de repérer les points clés en amont.

Une affaire de grand. Des repères pour agir en éducation affective et sexuelle dans les instituts médico-éducatifs

DOUAUD Bernadette, LIEVOUX Evelyne, LUCE Catherine (et al.)

IREPS Pays-de-la-Loire-pôle Vendée, 2011



Ce guide a été réalisé afin de travailler avec de jeunes personnes handicapées sur les questions liées à la sexualité, le rapport au corps et les relations affectives. Dans une première partie, il rappelle la nécessité de prendre en compte le contexte général (législation française et textes européens ou internationaux de référence) affirmant le droit des personnes handicapées à une vie affective et sexuelle, puis le contexte proche (institution, professionnels, famille). En seconde partie, il aborde des questions de méthodologie pour assurer des interventions : les différentes thématiques à explorer, les critères à prendre en compte pour adapter le contenu et la forme des actions au public, les modalités et le cadre d'intervention. Enfin, il propose des activités pédagogiques permettant de travailler différents sujets : l'intimité, la connaissance de son corps, l'identité, la relation à l'autre, la gestion des conflits, la sexualité.

Programme d'éducation à la vie affective, amoureuse et sexuelle pour les personnes présentant des incapacités intellectuelles modérées

Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec (CRDITED-MCQ), Comité franco-québécois pour l'intégration et la participation sociale, 2007

Ce programme spécialisé est destiné à répondre aux multiples besoins d'éducation sexuelle des personnes de 16 ans et plus présentant des incapacités intellectuelles modérées mais aussi aux attentes de leur entourage qui désire les aider à vivre au mieux leur vie d'homme et de femme. Il a pour objectif d'aider les personnes déficientes et leur entourage à considérer la sexualité comme normale. L'approche est centrée autour d'apprentissages de diverses natures : intellectuelle pour apprendre les connaissances sur la sexualité, affective pour favoriser les capacités d'expression et de connaissance de soi, sociale pour inciter à développer des attitudes et comportements socialement acceptés.

