

le Temps

de l'Université d'été



N°4 - jeudi 2 juillet 2015

PORTRAIT EN FRANCOPHONIE

Boubou Niane :
un engagement connecté
pour les mères



© Roman Lahiani

Boubou Niane travaille dans l'organisation non gouvernementale « AfriCare » à Dakar, au Sénégal. C'est d'une voix réservée et empreinte de modestie qu'il nous décrit l'action « Saving Lives at Birth » qui a vivement intéressé les participants au module « NTIC - Nouvelles technologies de l'information et de la communication » et dont il assure la coordination. Ce projet de lutte contre la mortalité maternelle et infantile, financé par Grand Challenges Canada, mobilise trois principaux leviers : les consultations prénatales, le recours aux professionnels de santé et aux soins de qualité. L'organisation de « marrainages » de jeunes femmes enceintes par des matrones est l'une des réponses apportées. Mais l'originalité du projet réside surtout dans la mise en place de « Come Care », une utilisation de la téléphonie mobile pour suivre les femmes enceintes, conseiller les accoucheuses et recueillir des données pour l'organisation sanitaire. Cette mise en œuvre fait suite au constat que la plupart des femmes, y compris dans des zones reculées, disposent de leur propre téléphone portable, explique Boubou Niane.

Le dispositif permet le repérage de grossesses à risque, l'envoi de messages de rappel des consultations et un meilleur suivi de la grossesse. Et les résultats sont au rendez-vous : 1659 Come Care ont été proposés, 1320 matrones et 200 agents de santé ont été formés. « Les femmes bénéficient en moyenne de quatre consultations prénatales, elles accouchent entourées de personnel qualifié, plus souvent dans des structures de santé, et le taux de mortalité maternelle et infantile a fortement diminué. Et nous pouvons aussi assurer la vaccination des enfants ! » se réjouit Boubou Niane. « L'une des forces de notre projet est que nous avons mis les bénéficiaires au cœur de notre dispositif », explique-t-il. Infirmier de profession initiale et technicien supérieur de santé aujourd'hui, Boubou Niane n'est pas impliqué dans ce programme par hasard. Il s'est toujours intéressé à la santé maternelle et infantile, mais aussi aux démarches de santé communautaire.

Derrière le technicien, la sensibilité de ce père de quatre enfants perce de façon évidente. Boubou Niane parle de son métier avec beaucoup de conviction et ajoute que sa passion principale est l'éducation de ses enfants. « Mon père m'a beaucoup soutenu et j'aimerais bien lui rendre la pareille » explique-t-il. Et quand on lui demande ce qui l'a orienté vers des professions de santé, il explique avoir subi une grave fracture en jouant au football lorsqu'il était enfant : « On s'est bien occupé de moi et c'est pourquoi j'ai eu envie de travailler dans la santé ». Deux points de repère qui aujourd'hui encore semblent guider ses pas.

Geneviève Le Bihan et Alain Douiller



© Georges Panagiotou

INÉGALITÉS DE SANTÉ : LES ENFANTS D'ABORD !

Elle y croit dur comme fer, Julie Poissant, intervenante du module « Réduire les inégalités sociales de santé » : c'est en agissant dès le plus jeune âge qu'on pose les bases d'un parcours de vie en santé. À condition de promouvoir autant la prévention universelle que les interventions ciblées. Vous avez dit « universalisme proportionné » ?

Dans notre champ professionnel comme dans d'autres, il y a des expressions qui tout d'un coup font florès. L'universalisme proportionné est de celles-là. Il faut dire que son caractère abscons présente au moins deux avantages : ceux qui l'utilisent se sentent appartenir à une élite intellectuelle supérieurement informée, et ceux qui la découvrent peuvent légitimement se moquer de sa tournure alambiquée... Et cependant, au-delà de ce premier abord peu sympathique, que de trésors pour la santé publique dans cette expression ! Surtout lorsque l'on se préoccupe des inégalités sociales et de santé...

Il est des constats qui font mal, mais qu'il faut avoir le courage de regarder en face. Selon un récent rapport de l'Unicef sur « les privations et la pauvreté relative des enfants dans l'ensemble des pays les plus riches », on observe dans tous ces pays une aggravation de la situation depuis la survenue de la grande crise économique de 2008. En France, par exemple, trois millions d'enfants vivent sous le seuil de pauvreté (soit un sur cinq) dont 440 000 ont basculé dans cette catégorie depuis l'entrée de la France en récession.

Sur le plan de la santé publique, cela veut dire notamment qu'une proportion grandissante d'enfants naissent et passent les premières années de leur vie dans des environnements où ils sont confrontés à un stress ayant un impact terrible sur leur développement. Ce stress est généré par l'extrême pauvreté et ses conséquences, la sous-stimulation, la souffrance psychique ou les contextes de violence, d'abus, de négligence... Or, pendant la gestation et au cours des deux premières années de la vie, le cerveau subit un intense processus de maturation qui le rend très vulnérable aux influences, positives ou négatives, des environnements. La période qui va de la conception jusqu'à l'âge de huit ans est fondamentale en termes de construction de toutes les aptitudes de vie et des bases d'une vie en santé. Les conditions de vie défavorables imposées aux enfants par l'extrême pauvreté mettent en péril ces processus de maturation et de construction, et relèvent d'une immense injustice : à ces âges précoces, en effet, les enfants dépendent entièrement ou très majoritairement de leur environnement ; il ne saurait être question de choix individuel. Les mesures à prendre pour restituer à ces enfants une partie des chances perdues par les seules conditions de leur naissance se trouvent donc exclusivement dans le champ social et politique.

À chacun selon ses besoins

L'universalisme proportionné, fondé sur le principe « à chacun selon ses besoins », vise d'abord à répondre à cet enjeu-là. Dans le cadre de la contrainte de plus en plus forte imposée aux financements publics, il est impératif que les populations en situation d'extrême pauvreté, dont la santé est la plus menacée, bénéficient d'un apport maximal de ressources et de services. Il est également essentiel de travailler sur les obstacles qui empêchent ces populations de recourir aux services auxquels elles ont théoriquement accès : absence de moyen de transport, horaires inadaptés, mais aussi problème de langue ou peur d'être mal jugé. Ces obstacles peuvent faire que ceux qui ont le plus besoin des services sont en réalité ceux qui y ont le moins accès... un paradoxe insupportable pour les familles, mais aussi pour les intervenants.

Cependant, agir uniquement au bénéfice de ces publics en très grande difficulté ne permet pas de réduire les inégalités de santé qui se

répartissent dans toute la population selon un gradient social : « ceux qui sont au sommet de la pyramide sociale jouissent d'une meilleure santé que ceux qui sont directement en-dessous d'eux, qui eux-mêmes sont en meilleure santé que ceux qui sont juste en-dessous et ainsi de suite jusqu'aux plus bas échelons » (Rapport Black). L'existence de ce gradient fait que les interventions uniquement destinées aux populations très démunies, laissent de côté un grand nombre d'enfants appartenant aux classes moyennes et supérieures, qui ont également besoin d'être accompagnés et soutenus. Les interventions les plus pertinentes en termes de réduction des inégalités sociales de santé sont universelles, c'est-à-dire qu'elles touchent l'ensemble de la population, mais avec une intensité proportionnelle au niveau de défaveur sociale. C'est ça, l'universalisme proportionné.

Moduler l'intensité des interventions

Le principe de proportionnalité renvoie les intervenants à une notion complexe, qui est celle de l'adaptation des interventions à chaque catégorie de la population en fonction de son niveau de besoin. Une approche « sur-mesure » qui paraît bien souvent irréalisable ! Et pourtant, il existe des programmes de santé publique qui s'y essaient avec un certain succès, comme le « Triple P » (Programme de Parentalité Positive). Ce programme propose un même type d'intervention pour l'ensemble de la population, mais avec cinq niveaux d'intensité différents permettant d'ajuster le soutien au plus près des besoins des parents : le niveau de base est appliqué d'emblée, puis éventuellement adapté aux besoins réels.

Moduler l'intensité d'une intervention n'est pas le seul moyen pour appliquer le principe d'universalisme proportionné. Il ne s'agit pas d'envoyer dix fois plus de brochures « Au moins 5 fruits et légumes par jour sans effort » aux familles défavorisées ! Il s'agit aussi et surtout d'adapter la modalité d'intervention en mettant en œuvre des actions différenciées et appropriées sur les déterminants de la santé : veiller à l'accessibilité des transports publics, par exemple, ou mettre en place des actions de santé communautaire.

Le principe d'universalisme proportionné nous invite donc à intégrer deux nouvelles conceptions :

- agir dès la petite enfance est absolument crucial. Cela ne veut pas dire que le destin de chacun se trouve scellé dès ses premières années de vie, ou qu'il ne faut pas intervenir auprès d'autres populations. Mais chaque personne s'inscrit dans un parcours de vie et de santé qui trouve ses racines dans l'enfance. C'est donc bien à cette période de la vie que nos actions, politiques et programmes de prévention doivent donner la priorité ;
- une action qui améliorerait la situation d'une catégorie de la population mais accroîtrait les inégalités de santé au sein de la population générale serait un échec sur le plan de la santé publique. Notre responsabilité est donc d'adapter nos interventions aux besoins spécifiques de chaque sous-groupe de population, mais aussi d'offrir à l'ensemble de la population des programmes de prévention universels de qualité.

Tout cela sans perdre de vue la continuité et la cohérence d'une politique de santé publique qui, en articulant tous ces niveaux d'intervention, donnera du sens à nos actions, autant pour la population que pour nous-mêmes.

Christine Ferron

ÉCHOS DES MODULES

NTIC

« Des briques pour construire », « une volonté d'urbanisation... » : le contenu d'un module BAT (bâtiment) ? Non, le cadre au service de « l'urbanisation des projets de e-santé ».

Daniel Coutant

COMM

« Participer pour favoriser le changement vers une transformation sociale. Comment passer de l'utopie à la réalité ? Peut-être en suivant le module COMM pour commencer... et en faisant preuve de beaucoup de patience ! »

Myriam Springaux

QUALI



Les participants au module mènent des entretiens en ville sur la marche et le genre. Un groupe étudie l'influence des soldes sur la marche à pied : « on patasse et on fouette les rayons », comprendre on traîne la semelle et on farfouille...

Catherine, Elodie et Flora

AGE

L'empreinte canadienne rafraîchit l'atmosphère et évite la surchauffe intellectuelle. Nous sommes dans ce module pour « jaser entre nous » et après avoir « flyé très haut dans les concepts », nous nous sommes un peu « laissés porter » et avons acquis deux certitudes : il y a intérêt à travailler « de la fourche à la fourchette » et à permettre aux aînés de gagner du pouvoir d'agir pour leur maintien en bonne forme et de ne pas rester, comme on dit en Martinique, le « tambour à deux bondas ».

Rosy et Martine

ETHER

Définition ou vision d'un patient : « On ne veut plus d'interlocuteur qui décide de tout, tout seul, qui donne l'impression de vous juger chaque fois que vos analyses ne sont pas bonnes, qui vous infantilise et vous assène des règles de bonne conduite du parfait petit patient ».

Ivan Car

EIS

Les résultats d'une évaluation d'impact sur la santé ne s'envoient pas par fax ! C'est le processus participatif et la construction collective des connaissances au fur et à mesure de la démarche qui importent le plus.

Lucie Pélosse

PREV



La promotion de la santé : une citadelle assiégée ?

Est-ce à cause de l'histoire de la ville de Besançon, que la promotion de la santé s'est teintée ces derniers jours d'une sémantique guerrière ?

- Le champ de bataille de la politique de santé publique
- Le Waterloo de la prévention
- Le cheval de Troie de la répression
- La ligne Maginot du cannabis
- Le cheval de bataille de la prévention
- La veille, l'alerte et la surveillance
- Les stratégies et techniques opérantes et efficaces
- La mobilisation et la coopération renforcées
- La lutte contre le tabagisme
- Révolutionner les départements prévention
- Nixon (ou Don Quichotte !) et la guerre à la drogue

Aux armes, acteurs de la prévention ! Il est temps de faire tomber les derniers bastions, d'élargir l'angle de vue de vos meurtrières, d'emprunter des chemins de traverse, de quitter les sillons bien tracés, la lutte semble de longue haleine...

Adèle Kaldé Frientz

Photo du jour



© Roman Lahiani

La FéMaSaC se penche sur le berceau de la participation en santé

Dans la salle surchauffée du module COMM (« Construire ensemble des actions communautaires... »), Élisabeth Piquet et Patrick Vuattoux gardent malgré tout leur sens de l'humour et un large sourire pour animer ce début d'après-midi. Pourtant, en observant la distribution de petites fiches plastifiées, la numérotation de sous-groupes et la proposition de consignes de travail, dans un temps impossible et dans une salle presque noire, à près de 40°C, un rédacteur du journal de l'Université se demande dans quel guet-apens il est tombé...



Mais il ne s'agit pas d'un piège, les deux animateurs mettent simplement en pratique leurs convictions sur l'intérêt de la participation en santé, en mettant en situation les participants du module. Patrick Vuattoux, médecin généraliste, coordonnateur de la maison de santé pluridisciplinaire Saint-Claude à Besançon, et Élisabeth Piquet, fondatrice de la structure de communication Le Comptoir.coop, sont deux des rédacteurs d'un *Petit guide de la participation en santé de proximité*. Par petits groupes, de façon collective et coopérative, nous découvrons ainsi les différents chapitres d'un livret qui propose tout à la fois des repères et des définitions de la participation (contexte favorable, organisation de la participation, etc.) et des questions pour agir (participer pour quoi faire ? Quel niveau de participation ? Quelles méthodes et ressources, etc.).

Un exercice de découverte rondement mené, grâce aussi à un groupe très ...participatif ! « On est passé de la ventilation des recettes et des dépenses, à la ventilation du *Petit guide de la participation en santé de proximité* » conclut Philippe Nekrouf, médecin généraliste dans le Nord Aveyron et participant au module, dans une salle hilare qui se ventile avec les fiches plastifiées du *Petit guide*.

Alain Douiller

Présentation du « *Petit guide de la participation* » ce jeudi 2 juillet, au sein de l'espace documentaire de l'Université d'été, en Salle FO03. Téléchargeable sur www.femasac.fr

TROIS UTOPIES POUR LA SANTÉ PUBLIQUE

Au pays de Ledoux, Proudhon ou Fourier, les esprits s'imprègnent du souffle des utopies et des rêves de ses illustres aînés. Les acteurs de cette 12^e Université continuent à nous soumettre leurs utopies pour la santé publique.

- Que le budget de la prévention soit à la hauteur de celui des soins
- Que des équipes mobiles de prévention soient financées afin d'aller au plus près des populations
- Que nos dirigeants institutionnels soutiennent financièrement les démarches de prévention locales efficaces et les reconnaissent dans leurs politiques

module PREV

TROIS QUESTIONS À...

François Baudier, à propos du réseau des Universités francophones en santé publique

Les organisateurs des Universités « sœurs » de l'Université d'été de Besançon se sont réunis les 27 et 28 juin pour partager leurs expériences et débattre de nouvelles perspectives.



© Claude Michaud

Pourquoi un séminaire a-t-il été organisé cette année ? Ces universités-sœurs se trouvent-elles à un tournant ?

C'était le deuxième séminaire des Universités « sœurs » en santé publique. Le premier avait eu lieu à Tunis, au moment de la création de l'Université du Maghreb et de la Révolution de Jasmin. Tout un symbole pour nous. L'actualité nous a rattrapés ces jours-ci. En effet, ce deuxième séminaire s'est tenu à Besançon au lendemain du massacre de Sousse, lieu de déroulement de l'Université du Maghreb. Ces événements nous rappellent que la santé publique n'est pas un domaine d'intervention neutre et que nos Universités sont attachées à des valeurs universelles, notamment autour des droits de l'homme et de la démocratie. Enfin, nous avons eu le souhait d'organiser cette rencontre en 2015 car « une petite dernière » était née, en septembre 2014,

en Haïti. Nous avons donc hâte d'échanger avec nos collègues des Caraïbes et de les associer encore plus étroitement à notre dynamique !

Quel était le programme de ce séminaire ?

Nous avons travaillé à la fois sur nos valeurs, notre approche pédagogique commune et sur les aspects organisationnels, très différenciés au sein de chaque Université. Nous sommes aujourd'hui des entités libres et indépendantes avec trois points de ralliement. D'abord, la promotion de la santé et la Charte d'Ottawa. Nos enseignements sont porteurs de ce concept appliqué à différentes approches ou thématiques de santé des populations. Ensuite, nous avons un abord pédagogique très participatif, associant un public diversifié, de tous les acteurs de la santé publique, pas seulement les professionnels mais aussi les citoyens et les élus. Enfin, toutes les Universités sœurs (Dakar pour l'Afrique sub-saharienne, Sousse pour le Maghreb, Bruxelles et Haïti) ont une maquette organisationnelle fortement inspirée de celle de Besançon.

Quelles perspectives se sont dégagées de ce séminaire ?

Ces Universités sont toutes portées par des personnes engagées. Elles le sont à titre personnel, mais aussi à travers leurs institutions et organismes d'appartenance. Cependant, cette construction reste fragile. Elle repose sur la bonne volonté et la mobilisation de quelques promoteurs qui y croient. Nous avons donc à la fois la conviction qu'il faut garder cette dimension de liberté, mais également nous organiser différemment, mutualiser nos compétences et nos énergies en nous donnant des bases solides ! Par exemple, nous devons trouver un modèle économique plus pérenne, en particulier pour les Universités du sud. Nous allons donc développer des démarches concertées afin d'obtenir le soutien d'organismes internationaux. Nous souhaitons également avoir plus de « perméabilité » concernant la circulation de nos intervenants entre les différentes Universités. Et enfin, nous aimerions animer, avec les milliers de personnes ayant déjà participé à ces rencontres, des échanges plus actifs. Les outils numériques pourront certainement nous y aider. C'est certainement un peu utopique, mais nous voulons avancer vers une autre approche de la santé en nous appuyant sur l'intelligence collective de tous ceux qui ont été les précieux acteurs de la réussite de nos Universités !

Propos recueillis par Geneviève Le Bihan

Phrase du jour

« La personne qui anime une démarche communautaire doit accepter de mourir en elle pour renaître dans la diversité de chacun des participants. »

Aloyse Diouf

jeudi 2 juillet 2015

« Le Temps de l'Université » n°4 est réalisé dans le cadre de l'Université d'été francophone en santé publique.

Rédacteur en chef : Alain Douiller - Codes de Vaucluse

Rédacteurs : François Baudier - ARS de Franche-Comté et EHESP

Mohamed Boussouar - Ireps Rhône-Alpes
Lara Destaing - Université de Franche-Comté
Christine Ferron - Ireps Bretagne
Geneviève Le Bihan - Université de Montpellier

Secrétariat de rédaction : Marie-Frédérique Cormand - Inpes

Photographe : Roman Lahiani - Université de Franche-Comté

Création graphique et maquette : Jean-Luc Bonvalot - ARS de Franche-Comté

Tirage : 300 exemplaires

Université d'été francophone en santé publique

UFR Sciences médicales et pharmaceutiques
19, rue Ambroise-Paré - CS 71806
25030 Besançon Cedex

Tél. : 03 81 66 55 75

E-mail : lara.destaing@univ-fcomte.fr

Site Internet : <http://www.ars.sante.fr/>

Univete.96210.0.html