



**Promotion de la santé
et Agences régionales de santé**

Débats et propositions

Contribution des acteurs Champ ardennais

février 2009

Préambule

Suite à l'appel à débats régionaux de la Société Française de Santé Publique en juin 2008, un groupe de réflexion s'est formé en Champagne Ardenne à partir des personnes inscrites sur le site créé par la SFSP <http://www.sfspenregion.fr/>. Ce groupe s'est réuni trois fois d'octobre 2008 à janvier 2009.

Modalités de la contribution en Champagne Ardenne :

Une réunion des tout premiers inscrits en octobre a permis d'identifier trois des enjeux définis par la SFSP comme particulièrement pertinents pour la région :

- l'enjeu 5 « «Accompagnement de la mise en œuvre de la politique de promotion de la santé »
- l'enjeu 2 « Reconnaître les acteurs de la promotion de la santé et faciliter le développement de leurs compétences »
- l'enjeu 8 « Complémentarité des interventions en santé auprès des populations »

La SFSP a formalisé le cadre dans lequel s'inscrivent les réflexions régionales. Pour le groupe de réflexion champardennais :

- 1) la participation se fait au titre d'une mobilisation individuelle et citoyenne sur un sujet - la place de la prévention/promotion de la santé dans les ARS - qui concerne les membres du groupe à titre professionnel, bénévole ou comme usagers.
- 2) le groupe de réflexion s'est fixé comme objectif de réaliser un document écrit rassemblant des constats et des propositions à partir des contributions des acteurs locaux.

Dans un souci de faciliter la production de commentaires concrets, la réflexion s'est organisée autour des trois grands axes du texte "starter" de la SFSP¹:

- création d'un pôle promotion de la santé au sein des ARS et complémentarité des intervenants auprès des populations
- structuration des acteurs de la prévention
- formation des acteurs de la prévention et de la recherche,

Et de l'avis émis par la Conférence Nationale de Santé relatif à la mobilisation des acteurs dans la prévention.

Ces commentaires ont ensuite été regroupés sous forme d'un premier texte, soumis aux avis et contributions d'autres acteurs de leur réseau professionnel non associé au premier groupe de travail et/ou inscrits sur le site.

La Conférence Régionale de Santé (CRS) a débattu de ce projet lors de sa réunion de bureau du 25 novembre 2008. Elle a souhaité s'y associer pleinement d'une part en contribuant à l'écriture du document recueillant les propositions de Champagne Ardenne, d'autre part en s'impliquant dans un débat sur la base des réflexions proposées dans ce document.

Compte tenu de la place centrale des institutions dans la mise en place des ARS, tous les participants du groupe de travail ont considéré qu'il était essentiel de rencontrer de manière officielle les institutions en charge de la politique régionale de santé, tout particulièrement le GRSP (Groupement Régionale de Santé Publique) et l'instance qui en prendra la suite à partir de la mise en place des ARS.

Perspectives du travail :

L'organisation d'une rencontre du groupe de réflexion avec le bureau de la Conférence Régionale de Santé est prévue pour déterminer quelles suites donner localement à ce travail.

- constitution d'un groupe de travail spécifique de la CRS sur prévention/promotion de la santé,
- traitement de ce thème au cours d'une des journées de la CRS
- ...

Liste des participants aux réunions physiques et à la réflexion :

Dr ARNOLD Franck, ADPS 51

BRIET Martine, DDASS 10

BRUEL Marie-Odile, Inspection d'Académie de l'Aube

CHARLIER Béatrice, Société Ardennaise de Cancérologie

Dr CORTIAL Jean, Philippe MSA

DELAPLANQUE Marielle, ADDICA - CARéDIAB

Dr DEMONS Pascal, Rectorat

DOCTRINAL Régine, DRDASS

JULIEN Cathy, CODES 10

LORSON Marie –Jeanne, CHU Reims

MAITRE Françoise, CODES 08

Dr MARCHAND Annie-Claude, CHU Reims/ARH

PATRIS Anne, CODES 51

Dr PILON Béatrice, DRDASS

PORTALES Albert, ANPAA Champagne Ardenne

ROUGIER Vanessa, Mutualité Française Champagne Ardenne

STONA Anne –Claire, DRDASS

TOUSSAINT Elodie, CHU Reims

Dr ROUA Patrick, ADDICA et CARéDIAB

VAN KALCK Laurence, Rectorat

VENZON Nicolas, Réseau CRES-CODES

Introduction

La loi de santé publique de 2004 précise que la politique de santé publique traite des déterminants dans l'environnement physique, social, économique et culturel qui contribuent à créer des conditions favorables pour améliorer l'état de santé, pour prévenir la survenue ou l'aggravation des maladies, pour réduire leurs conséquences sur les capacités fonctionnelles, l'activité et la qualité de vie des malades. Elle incite les individus à faire eux-mêmes des efforts pour maîtriser et améliorer leur propre santé.

Ainsi, la politique de santé publique ne peut être une politique de santé réduite à l'offre de soins, mais par essence comprend prévention et promotion de la santé.

Selon l'article qui résume l'avis de la CNS relatif à la mobilisation des acteurs dans la prévention : *« Le système de santé français est connu pour être principalement curatif et être insuffisamment organisé en termes de prévention et de promotion de la santé publique.*

Les conséquences de ce déséquilibre sont loin d'être mineures. Deux indicateurs permettent particulièrement de mesurer le déficit de prévention : la mortalité prématurée avant 65 ans reste très élevée en France et les inégalités de santé continuent à y croître de façon inquiétante. Surtout, ces phénomènes ont un caractère persistant depuis trop longtemps. D'ailleurs les pouvoirs publics ont demandé successivement au Professeur Jean-François Toussaint de réunir des Etats Généraux de la prévention en 2006 et à Monsieur André Flajolet, Député du Pas-de-Calais, de remettre un rapport, en 2008, aux fins de recommander des orientations pour la politique publique de prévention et la lutte contre les inégalités de santé. »

La Conférence nationale de santé estime qu'il faut rompre avec la logique antérieure pour affirmer qu'il y a deux modalités de prévention sanitaire :

- *« des mesures et des actions organisées, qu'elles soient médicales ou non, relatives à l'organisation professionnelle, sociale, économique ou de l'environnement : celles-ci peuvent être générales (réglementation, mesures de politique sociale) ou ponctuelles. Elles agissent directement sur les déterminants mais ne sont efficaces que si elles sont ciblées sur les groupes à risque, tiennent compte des déterminants sociaux et si la population se mobilise collectivement contre la survenue de ces risques ;*
- *des actions de promotion de la santé qui ne se focalisent pas seulement sur les facteurs de risques ou des approches ponctuelles et visent à accroître l'autonomie des personnes afin de leur permettre de faire des choix éclairés favorables à leur santé grâce à une éducation (éducation pour la santé ou éducation thérapeutique selon que l'on s'adresse à une population générale ou à un groupe de malades) qui protège et promeut la santé. »*

La Conférence Nationale de Santé propose que cette approche devienne la référence dans l'action publique.

Pour que cette mise en œuvre se fasse de manière efficace, la SFSP a quant à elle, souligné l'impérieuse nécessité de disposer d'un pôle de santé publique et de prévention fort et structurant dans la future organisation institutionnelle régionale. Trois éléments sont ainsi à prendre en compte au sein des futures ARS¹:

- Une meilleure intervention sur tous les déterminants de santé pour réduire les inégalités sanitaires, sociales et géographiques,
- le développement de l'éducation pour la santé,
- le développement de la prévention médicalisée.

¹ Collin JF, Alla F, Baudier F et al. Pour un pôle de santé publique et de prévention fort et structurant au sein des ARS, ADSP, 2008 ; 63 : 11-5.

La promotion de la santé au sein des ARS doit impliquer des actions ciblées et cohérentes, multifactorielles, pluridisciplinaires et multi intervenants ; un échange et une proximité entre les institutions, les différents acteurs (professionnels de santé, professionnels spécifiques, associations, élus...) et la population.

Enjeu 5

Accompagnement de la mise en œuvre de la politique de promotion de la santé

1. Constats

A partir de priorités définies par la CRS, le GRSP met aujourd'hui en œuvre les différents axes prioritaires, principalement par le biais d'appels à projets et de contrats d'objectifs et de moyens, annualisés ; ceci en conventionnant chaque année avec les acteurs effecteurs.

Un certain nombre de questions restent posées :

- qu'en est-il également des autres interlocuteurs institutionnels, tous n'étant pas inclus au sein du GRSP : collectivités territoriales, services des villes en particulier ? Chacun mène aussi selon ses missions des actions concourant à la promotion de la santé, quelle lisibilité en a-t-on régionalement ? Les différents plans et moyens mis en œuvre se rejoignent-ils pour décliner ensemble et en cohérence les mêmes priorités ?
- en outre, quelles lectures, quel suivi et quelles analyses fait-on de tous les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé, qui n'inscrivent pas leurs actions dans un conventionnement direct avec le GRSP mais qui œuvrent directement à la promotion et à l'éducation pour la santé ?

Prenons l'exemple des services de santé scolaire, qui disposent d'infirmières dans tous les collèges et lycées. Dans leurs activités de bilans systématiques, les médecins couvrent plus de 60% de la population des enfants de 6 ans et par ailleurs interviennent comme effecteurs dans tous les problèmes émergents de santé : troubles de la conduite et des comportements, troubles du développement et des apprentissages, suicides, violences, construction des Projets d'Accueil Individualisés (PAI) pour les élèves atteints troubles de la santé chroniques....Ils interviennent dans des études épidémiologiques, sont formés en santé publique par l'EHESP, dans les épidémies... Cependant, comment s'articulent-ils avec les acteurs qui suivent les enfants en dehors de l'école et les médecins généralistes en particulier ?

Tout est aujourd'hui en place pour qu'un clivage se creuse entre approches thématiques (axes prioritaires) par les GRSP et approches territoriales et/ou populationnelles par les collectivités territoriales.

L'animation de la politique de santé en région, portée actuellement par le Groupement Régional de Santé Publique, mais sans interlocuteur précisément désigné, ne permet pas d'organiser la pluridisciplinarité. Les intervenants travaillent dans leur « microcosme » institutionnel selon des programmes validés en interne sans organiser ou en organisant de manière unilatérale les relais. Le manque de stratégies définies, co-construites, validées et soumises à une évaluation suivie et rigoureuse, les changements fréquents de contacts parmi les différents acteurs sont autant de facteurs entraînant une reconstruction quasi permanente des équipes, des projets et des méthodes de travail.

La période de mise en œuvre des ARS va nécessairement être centrée sur des questions difficiles de gestion sociale et de redéfinition des organigrammes. Assimilable à un épisode de « crise », cette période devrait être accompagnée dans un dispositif financé « d'aide à la conduite du changement », faute de quoi le risque est fort d'un « gel » des dynamiques locales durant toute cette période et d'une institution en trop grandes difficultés internes pour être en mesure de tenir le cadre propice à une vraie réforme.

2. Pistes de réflexions et proposition : « Structurer un pôle de prévention et promotion de la santé au sein des ARS »

2.1. Organisation :

Il faut un pôle de prévention avec à sa tête un conseil d'administration, qui pourra être composé des représentants, des décideurs en santé, des structures de prévention, d'élus et d'usagers répartis dans des collèges.

Ce pôle de prévention doit être suffisamment et stable, important en termes de moyens matériels et surtout humains, pour permettre une coordination, un suivi et une mise en connexion et cohérence des différents intervenants.

Pour assurer leur pérennité et leur cohérence, la conduite des plans et programmes de prévention doit se faire de manière pérenne par un binôme composé de personnes d'institutions différentes et parlant d'une seule voix.

Le pôle de prévention doit bénéficier de compétences pluridisciplinaires et venant de champs professionnels diversifiés, santé publique, soin, prévention, dans tous les modes d'exercices professionnels :

- en capitalisant les savoirs et les expériences que des professionnels de santé publique ont pu acquérir dans d'autres lieux d'exercices
- en rapprochant les 3 mondes : université et recherche, décideurs gestionnaires et financeurs, acteurs de terrain
- en dépassent la simple représentation au sein des instances

Le pôle de prévention doit être un reflet du tissu des compétences locales qu'il ne doit pas « concurrencer » ni dans sa recherche de financement ni dans ses actions.

Il pourrait s'agir par exemple d'utiliser deux logiques pour les faire converger :

- côté professionnel : disposer de passerelles facilitant le passage d'un exercice professionnel de santé publique ou privée à un autre afin de proposer des plans de carrière ouverts et attrayants, de valoriser les expériences acquises
- côté institution : ouvrir les équipes de l'ARS pour y intégrer des personnes issues du champ de la recherche ou du terrain, pour des missions spécifiques de durée déterminée ou dans un cadre de coopération sur du moyen terme (3 à 5 ans).

2.2. Rôle et missions :

○ **Le rôle du pôle :**

Le rôle du pôle est d'être le garant d'une vision globale de la santé publique et des différents plans d'action à mettre en œuvre, en assurant à toutes les étapes, de la conception à l'évaluation, le suivi et la complémentarité des actions à mener. Son rôle est celui du pilotage.

- **Les missions du pôle :**

- ***Définir des priorités de santé et élaborer des plans de prévention***

Les priorités définies, il s'agit ensuite de travailler avec les représentants des acteurs sur les territoires, professionnels de la promotion de la santé, à des programmes construits et structurés, qui permettent de mettre en place des actions sur tout le territoire d'une région, adaptés aux différentes populations, elles aussi bien déterminées.

Il s'agira ainsi de réfléchir aux différents plans selon les priorités concernées, avec en logique de fond l'approche retenue par la CNS dans son avis rendu «*pour intégrer la prévention dans une logique plus globale de promotion de la santé publique* » (cf. supra). Ces plans doivent sortir des logiques thématiques pour entrer dans des logiques transversales, territoriales et populationnelles, sur des programmations pluriannuelles.

Il s'agira aussi, par cette approche transversale et non plus thématique, de limiter le nombre de priorités : les services déconcentrés de l'État (essentiellement DDASS) ne peuvent pas suivre la mise en place de nombreux plans, les acteurs non plus, d'autant moins que le financement annuel leur donne peu de temps pour mettre en place les projets et que ces priorités s'entrechoquent parfois avec des messages déclinés nationalement sans concertation préalable. Par ailleurs, l'animation de la mise en œuvre de ces plans requiert un suivi de proximité, via des relais locaux identifiés.

- ***Structurer et financer les acteurs de la prévention***

Le pôle prévention et promotion de la santé au sein des ARS, recentré sur des missions d'expertise en promotion de la santé, se devra de :

- définir précisément le positionnement des différents acteurs dans la chaîne d'intervention.
- structurer mais aussi préciser la notion de complémentarité et de mutualisation des acteurs.

Le financement annuel, sur des logiques d'appel à projets, est en opposition avec la condition nécessaire de continuité et de progression des actions de prévention et de promotion de la santé. Un système de financement pérenne pour les acteurs de ce champ pourrait être mis en place sur un conventionnement d'objectifs et de moyens, selon des objectifs partagés et définis, pour permettre une mise en œuvre et un suivi au long cours des actions menées.

Par exemple, ces objectifs pourraient être intégrés dans une démarche d'évaluation formative sur 5 ans au moins et le versement des fonds corrélés à des indicateurs choisis selon les étapes de mise en œuvre

Ces conventionnements pluriannuels permettront d'éviter la multiplication d'actions à caractère unique et sans suite, particulièrement démotivantes pour les intervenants, mais surtout ayant au final peu d'impact sur le public ciblé. Il s'agira enfin, d'assurer la complémentarité des actions menées (entre le droit commun, le secteur privé, les associations etc....) pour éviter la redondance d'actions ponctuelles et entrer dans des logiques de complémentarité sur les territoires.

- ***Disposer d'un système d'information adapté***

La collecte et la mise à disposition d'informations est nécessaire à toutes les étapes d'action pour :

- élaborer des plans sur des données fiables d'observation et d'analyse des territoires et évaluer les plans au long cours, sur des objectifs et indicateurs précis.
- s'assurer auprès des professionnels de santé de la collecte des données nécessaires à la construction des indicateurs relatifs aux priorités suivies.
- partager les approches et les logiques d'intervention, selon des référentiels de pratique, des approches évaluées et validées, connus et partagés par tous
- disposer et partager toutes les informations qui permettent à tous, institutions et acteurs des territoires, d'être en cohérence sur des plans définis, et de travailler de façon complémentaire, en mutualisant les compétences et les moyens.
- évaluer, communiquer, partager les résultats, améliorer puis transférer les actions, en s'appuyant les expériences positives.

- ***Informier la population, des élus et des collectivités locales***

L'information passe par :

- l'identification de relais locaux par bassin de vie qui s'approprient la mission,
- la réunion des élus professionnels et usagers,
- l'animation de réunions régulières des relais locaux et des différents niveaux,
- la mise en place de supports d'information communs à tous les bassins.

- ***Organiser les échanges du pôle avec le national***

La diffusion en région des messages et des contenus des cahiers des charges nationaux devra être organisée par le pôle via les organisations professionnelles recensées, et les réseaux de santé dont une de leur mission et la participation à la cohérence du contexte santé (et pas seulement des soins).

La représentation régionale au niveau national devra être assurée par les acteurs du pôle. Cette participation au pilotage national est nécessaire aux échanges et à la connaissance de ce qui se fait en région. Il s'agira aussi d'être une force dans la remontée et le suivi des programmes régionaux vers l'échelon national pour permettre une meilleure lisibilité et une meilleure cohérence des plans régionaux.

Il est nécessaire également que soit organisée en région l'appropriation des recommandations de bonnes pratiques élaborées par l'INPES et la HAS, dont sont « arrosés » les acteurs :

- pour harmoniser les pratiques et les approches
- pour étayer et dynamiser le niveau fonctionnel représenté par l'ARS et le niveau opérationnel des acteurs de terrain.

- ***Favoriser la recherche***

Ouvrir les ARS à des personnes issues de la recherche, et/ou s'appuyer sur l'Université, est nécessaire, notamment sur plusieurs points :

- développer l'expertise dans ces champs d'action, du diagnostic à la pratique, en mettant en place par exemple des recherches - actions qui reposent sur des méthodologies robustes et validées et fassent l'objet d'une évaluation
- constituer un pôle de recherche dynamique et attractif
- Aider à l'évaluation des actions menées ...

Enjeu 2

Reconnaître les acteurs de la promotion de la santé et faciliter le développement de leurs compétences

Selon l'avis de la CNS, il faut « Former et sécuriser les ressources humaines. Les ressources humaines doivent être formées, protégées, soutenues et reconnues comme un bien précieux. Les métiers de la prévention et de la promotion de la santé publique exercés par des soignant(e)s ou des non-soignant(e)s doivent être mieux reconnus. [...]

En tout état de cause, la professionnalisation de la prévention et de la promotion de la santé doit se conquérir par les connaissances et les compétences dans la capacité à évaluer des besoins, à décider de l'action et à la conduire avec les populations ; à retenir la méthodologie d'intervention et de mobilisation la mieux adaptée ; à évaluer et à restituer aux populations et aux décideurs les résultats. »

1. Professionnels de santé

1.1. Les forces

La mise en réseau des structures et le travail en partenariat entre acteur de prévention primaire, prévention médicalisée, éducation du patient...comporte de nombreux exemples :

- En éducation pour la santé :

Les conférences tout public en lien avec l'intervention de professionnels de santé « experts » : ateliers du bien vieillir, prévention des troubles cognitifs, alimentation et sport, l'accompagnement des aidants, le rôle pérenne de l'infirmière de l'Education Nationale dans l'éducation individuelle pour la santé des élèves.

- En prévention médicalisée:

L'Education Nationale et la prévention médicalisée des élèves grâce aux Projets d'Accueil Individualisés (PAI), au Dispositif d'Accompagnement scolaire A Domicile (APAD), et au travail sur des protocoles avec le « 15 » pour les urgences et sur des conduites à tenir dans le cadre de situations spécifiques.

La MSA (Mutualité Sociale Agricole) et ses ateliers thérapeutiques auprès des patients en ALD (Affection Longue Durée).

- En prévention en médecine générale :

Intervention complémentaire de la MSA avec des médecins généralistes sur la prévention des troubles cognitifs.

Formation par le réseau de santé ADDICA (ADDIction précarité Champagne Ardenne), en partenariat avec l'ANPAA, aux techniques du Repérage et de l'Intervention Brève en Alcoolologie (RPIB), stratégie promue par ce réseau de santé depuis 2002. Outre l'importance en termes de santé publique, il s'agit de permettre à des médecins généralistes d'échapper au sentiment d'impuissance qu'ils ressentaient face aux problèmes spécifiques de la dépendance et appliquer

une démarche éducative auprès des patients consommant excessivement de l'alcool et/ou d'autres produits psychoactifs avant le stade de dépendance, consommant. La stratégie de RPIB est aujourd'hui une méthode opérationnelle qui a fait ses preuves dans le dépistage et la prise en charge du problème alcool, ainsi que le reconnaissent la DGS (Direction Générale de la Santé) et l'OFDT (Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies) dans leur récent rapport. Ce programme s'inscrit ainsi dans les objectifs fondamentaux du réseau et rejoint le thème de l'éducation thérapeutique du patient. Au-delà de la problématique alcool il donne des clés aux professionnels pour aborder avec leurs patients des questions difficiles, pour augmenter les compétences nécessaires à un accompagnement dans le temps et étendre les relations professionnel / soigné aux habitudes de vie et à la prévention.

1.2. Les faiblesses :

Les médecins généralistes font beaucoup plus de prévention secondaire que primaire pour différentes raisons :

- gestion du temps
- méconnaissance de la promotion de la santé et objectifs imprécis,
- grande distance entre institutions et soignants
- multiplicité des intervenants potentiels et grande diversité des actions à mener
- problème de financement
- ...

La formation n'intègre pas la prévention de façon structurée : il n'y a pas, par exemple, d'enseignement spécifique du sevrage tabagique à la faculté de médecine mais la question est abordée, à l'occasion, si un créneau s'y prête, sans aucune structuration de la méthode ni organisation.

Dans les études médicales les deux approches, clinique (patient) et santé publique (population), sont connues mais l'approche clinique et le soin sont très majoritaires. Les étudiants intéressés par la santé publique, la prévention et la promotion de la santé trouvent peu d'interlocuteurs et d'informations et finalement sont moins encouragés à exercer dans ce domaine, considéré comme peu porteur.

1.3. Pistes de réflexion et propositions :

Il semble nécessaire d'intégrer la promotion de la santé et la prévention dans la formation initiale et les missions des professionnels de santé.

Sachant qu'environ 2 patients sur 3 consultent au moins une fois dans l'année son médecin traitant, le rôle du corps médical dans la diffusion large d'un message de promotion de la santé est important.

Le médecin généraliste apparaît comme un professionnel de santé très pertinent pour aider son patient à devenir acteur de sa santé. Les textes conventionnels ont validé ce rôle.

Il semble alors nécessaire de réfléchir à :

- la reconnaissance réelle de cette mission de santé publique et sa rétribution
- la participation aux actions de santé publique en complémentarité avec les acteurs de prévention
- la participation à l'évaluation de ces actions
- une information et sensibilisation précoce
- du temps et des moyens pour ce faire

La promotion de la santé et la prévention doivent apparaître dans les connaissances « de base » des professionnels de santé en formation initiale, et non plus comme « optionnelles ».

La formation pourra être structurée et uniformisée en prenant en compte les deux dimensions : prévention médicalisée et éducation pour la santé

Il faut augmenter les compétences des professionnels de santé dans le domaine de la prévention en leur donnant des bases solides (théoriques, mais surtout pratiques) dans la conduite de projet en direction d'une population, dans les méthodologies d'évaluation des interventions dans le domaine de la santé.

Les jeunes professionnels de santé en formation doivent également pouvoir expérimenter au cours de leurs études le travail pluri-professionnel autour d'un projet.

Il faudra ainsi développer la notion chez les étudiants qu'il y a deux approches complémentaires dans la formation :

- l'approche d'une personne dans son contexte singulier (utilisation de la démarche de soins infirmiers) : ce qui est actuellement réalisé.
- l'approche d'une collectivité (utilisation des démarches de santé publique) : cette approche devrait faire l'objet de la même attention que la première.

Ces 2 types d'approche concernent également les cadres de santé qu'ils exercent dans les structures de formation et/ou dans les structures de soins.

La formation en santé publique et en pédagogie des formateurs des écoles paramédicales apparaît donc comme une priorité, afin qu'ils soient parfaitement à même d'enseigner ces domaines de la santé publique.

A cet effet, les pôles régionaux de compétence en éducation pour la santé (programmes de mise en oeuvre coordonnée des missions de méthodologie, documentation et formation en éducation pour la santé dans les régions) pourraient se voir confier un volet d'animation/coordination des formateurs chargés des sujets prévention/éducation pour la santé dans les écoles et instituts de formations des professionnels paramédicaux et sociaux.

Le modèle clivant de la dichotomie prévention- soins ne doit plus perdurer. Ils doivent être associés dans chacun des actes et chacune des actions des acteurs quel que soit leur lieu d'intervention.

Tous les niveaux de l'organisation de la santé doivent intégrer cette dimension.

2. Opérateurs spécialisés en prévention primaire

2.1. Les forces :

Divers acteurs spécialisés concourent depuis de nombreuses années au développement d'actions de prévention et d'éducation pour la santé. C'est le cas de nombreux réseaux de santé, associations, mutuelles ...

Il existe également, et sur tout le territoire national, les métiers suivants :

- animateurs en prévention et en éducation pour la santé (niveau licence)
- chefs de projets en prévention et en éducation pour la santé (niveau master),

et ce notamment au sein des réseaux CRES/CODES.

Plusieurs points positifs sont à relever :

- la santé scolaire, le travail de l'Éducation nationale et le regroupement autour du rectorat.

- les missions de base des CRES-CODES, au sein des pôles régionaux de compétences en éducation pour la santé, soutenus par INPES/GRSP. Ils permettent une articulation et un soutien aux acteurs en prévention et éducation pour la santé. Un travail mutualisé en éducation pour la santé prend forme sur les territoires, pour accompagner les promoteurs d'action, travailler sur la formation en éducation pour la santé, sur l'évaluation, la documentation et les ressources pour les professionnels, la mise en réseau etc.
- la déclinaison régionale des projets, à l'exemple du réseau ANPAA et du réseau mutualiste, qui favorise une meilleure articulation sur les territoires départementaux et/ou bassins de vie (Objectifs, mise en œuvre, outils et évaluation homogènes).
- les métiers éducatifs, sociaux, médicosociaux qui oeuvrent à l'éducation pour la santé et qui sont au plus proches des populations.

2.2. Les faiblesses :

Les associations et les structures de prévention sont financées sur la mise en œuvre de projets, parfois sur des contrats d'objectifs et de moyens, mais le plus souvent à l'annualité des financements sur appels à projets, et donc au risque que le résultat de l'appel à projets soit pour eux plus ou moins infructueux, avec par voie de conséquence les problèmes induits en termes de gestion des ressources humaines et de préservation des compétences.

Chaque structure répond à ces appels à projets, notamment dans le cadre du GRSP, et est soumise aux rythmes annualisés de ceux-ci, des montages de dossiers, du rendu compte et de la justification, qui laissent ensuite peu de temps à l'échange, la concertation, la formation, l'évaluation, la mise en œuvre concertée de programmes plus pérennes. Cette activité de montage des dossiers apparaît doublement comme du temps de ressources humaines perdu que l'appel à projet est infructueux pour la structure et que les agents de la DRDASS chargés d'instruire les projets déposés doivent faire face à l'inflation de leur nombre.

Pour certains réseaux et associations, la réponse à ces appels à projets et le manque de financement induit souvent une « mise en concurrence » sur les appels à projets au détriment d'un travail concerté sur les complémentarités de chacun et au détriment d'une mise en œuvre conjointe d'actions autour d'objectifs communs

2.3. Pistes de réflexion et propositions :

Pour ces réseaux d'acteurs spécialisés existants, il faut leur permettre de bénéficier de financements pérennisés (CPOM) en contrepartie d'un "label" des acteurs/activités délivré par les ARS (à partir d'un référentiel national). Il convient de remplacer les appels à projets (voire les appels d'offre) par des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens, à visée triennale voire quinquennale, entre les structures et les financeurs publics, à l'instar de ce qui existe dans le secteur des soins : aujourd'hui les établissements de santé contractualisent sur ces bases avec l'ARH, demain avec l'ARS. Les réseaux de santé sont également dans cette logique de contrats pluriannuels avec la Mission Régionale de santé.

Il semble important de travailler à la mise en œuvre ou au développement :

- des interventions de proximité selon les plans définis, en complémentarité, selon des référentiels d'actions et des outils validés par les acteurs eux-mêmes ; la conférence nationale de santé recommande aux pouvoirs publics de rendre disponibles des cahiers des charges, des référentiels d'actions et des outils validés par les acteurs eux-mêmes et laissant de la place pour les innovations

- de la connaissance des opérateurs sur le terrain qui concourent aux mêmes objectifs et à échanger pour mieux travailler ensemble. Les réseaux et acteurs spécialisés en éducation pour la santé se doivent d'accompagner les projets par leur expertise, et de sortir de la logique d'action ponctuelle et ciblée, en réponse à un appel d'offre sur un territoire
- d'un réseau de centres de ressources documentaires et méthodologiques pour les acteurs, doté des référentiels d'actions et des outils validés (exemple du réseau documentaire des pôles régionaux de compétence en éducation pour la santé).
- d'une articulation des professionnels de ce champ avec des relais locaux de proximité des populations ; c'est en accompagnant ces professionnels et les structures scolaires, sociales, d'hébergement...que l'on pourra œuvrer à un développement de l'éducation pour la santé dans les pratiques quotidiennes de ces acteurs de terrain : professionnels et bénévoles volontaires
- d'une intégration des différents acteurs au sein de chaque organisation de proximité pluridisciplinaire
- du partenariat sur un territoire et le décloisonnement des champs d'action
- de la nécessité de garder la proximité des actions menées et pour répondre aux mieux aux besoins.

Les formations -initiale et continue- des opérateurs spécialisés en prévention sont à articuler avec celles qui sont destinées aux professionnels non spécialisés des secteurs concernés par la prévention/EPS. En effet, il faut décloisonner les formations pratiques avec celles des secteurs sanitaires (professionnels de santé), sociaux (coordinateurs ASV, travailleurs sociaux), éducatifs (enseignants). Ainsi, il faut aider à organiser le montage de projets pluri-professionnels, lieux de stages communs...

Il semble donc nécessaire de stabiliser les débouchés de ces formations spécialisées en structurant le champ des opérateurs de prévention.

3. Élus

3.1. Constats

Les collectivités territoriales de tous niveaux (région, département, commune) s'engagent dans des actions de prévention. Ce sont par ailleurs des financeurs potentiels des politiques de santé publique. Cependant, les élus ne participent pas toujours aux instances, notamment par manque de temps, en particulier les élus en zones rurales et pour des difficultés culturelles.²

Par ailleurs il peut exister un décalage entre la vision des élus et celles des professionnels de terrain : les élus ont besoin d'actions rapides, concrètes, avec une valorisation immédiate, c'est un temps différent de celui de la prévention.

3.2. Pistes de réflexion et propositions

Les élus doivent être présents et s'exprimer au sein des ARS, pour leur permettre de s'inscrire dans les plans et priorités régionales de santé publique définies et oeuvrer en cohérence sur leur propre territoire par des actions progressives et évaluées.

Un contact doit être organisé avec les élus basés sur les bassins de la population, par et pour laquelle ils sont élus, leur permettant de faire le lien entre les différents intervenants et mettant en cohérence des projets avec les impératifs politico-économiques locaux. Ils doivent

² Apports des collectivités territoriales à la politique de santé publique .Bilan depuis la loi du 9 août 2004. Florence de Maria, Isabelle Grémy ; ORS Ile de France

être accompagnés et soutenus dans leur appropriation du contexte de l'organisation de la santé dans lequel ils arrivent.

4. Associations d'usagers et de malades

Ces associations sont de plus en plus présentes auprès des usagers, des malades. L'accompagnement proposé avant, pendant et après les soins, est bénéfique pour les patients. Elles ont donc une place au sein des ARS dans le pôle promotion de la santé.

Là aussi une démarche de conduite du changement doit permettre de faciliter de part et d'autre l'émergence d'une culture commune partagée, respectueuse de la part de chacun.

5. Acteurs économiques/privés

5.1. Constats

Des cadres et des référentiels imposés existent déjà, comme en milieu scolaire, ou tout intervenant en éducation pour la santé doit signer la Charte d'intervention en milieu scolaire et d'obtenir l'agrément éducation national.

Les acteurs économiques interviennent dans le domaine de la santé avec un risque de dérive "publicitaire" en l'absence de cadre clairement affiché et de contrôle.

5.2. Pistes de réflexion et propositions

Il faut impliquer les acteurs économiques dans un cadre éthique et travailler avec eux pour qu'ils intègrent dans leurs interventions des référentiels clairement établis et partagés.

6. Equipes de recherche en promotion de la santé

Il faut former des équipes pluridisciplinaires de recherche consolidées en santé publique et prévention et s'appuyer sur l'Université. La création d'une chaire de recherche en promotion de la santé (sur le modèle des chaires de promotion de la santé existant au Québec) pourrait être envisagée.

Les travaux de recherche portant sur l'organisation et la gestion du système de santé, l'évaluation des interventions en santé publique et en prévention devraient être mieux valorisés, notamment dans le champ universitaire, pour les rendre plus visibles et plus attractifs. Le développement de ces travaux s'en trouverait ainsi facilité.

Enjeu 8

Complémentarité des interventions en santé auprès des populations

1. Constats

L'organisation en réseau pluri-professionnel permet de développer une culture commune consistant à envisager la même action pour tous les professionnels de santé avec la même approche et le même discours pour un meilleur maillage des bénéficiaires et des actions coordonnées, de mettre en place des outils collaboratifs et des formations.

La pluridisciplinarité apparaît comme une composante indissociable de la promotion de la santé. Dans le cadre du cancer par exemple, la prévention ne saurait se limiter au dépistage mais s'intéresse aussi au mode de vie (consommation de toxiques par exemple) et au delà à l'environnement.

Or les différentes filières concernées restent très cloisonnées, chacun travaillant sur son domaine, abordant la prévention selon sa propre expérience, sans cohérence sur le fond, diminuant au final l'efficacité des projets.

Par ailleurs le manque de moyens amène à réduire le nombre d'objectifs en continuant de viser la population globale au lieu de se concentrer sur une population ciblée. Ceci découle du fait que les objectifs institutionnels de diminution des coûts liés aux soins diffèrent de ceux des professionnels de terrain.

2. Pistes de réflexion et propositions

Les acteurs de la promotion de la santé sont nombreux et divers. Leurs compétences spécifiques peuvent se compléter dans une action concertée.

Il est nécessaire de mutualiser, de croiser les compétences et spécificités des acteurs afin d'avoir des objectifs communs, une homogénéité et une complémentarité dans les actions de santé publique.

Il faut d'emblée intégrer la prévention médicalisée dans la concertation. Sinon le modèle caricatural mais existant de « deux blocs qui se regardent faire et ne trouvent pas de lien » va perdurer.

Il faut également sortir d'une logique d'appel à projets pour aller vers une logique de plans d'action pluriannuels où le rôle de chacun est défini et suivi, pour travailler en cohérence sur les moyen et long termes ; en pensant en terme de bassin de vie et non pas en terme de structure, et donc en croisant approches territoriales, thématiques et populationnelles.

Des groupes de travail peuvent être mis en place au sein des ARS avec différents acteurs de la société, pour :

- établir un espace pérenne d'échange et de débat entre les acteurs de proximité pour permettre le partage d'expériences
- organiser des débats de fond regroupant les différents acteurs pour définir des thèmes et des populations ou bassins de vie prioritaires.
- mettre en cohérence les objectifs des financeurs / institutionnels et les missions des acteurs
- élaborer des plans concertés et mutualisés ; développer des études permettant leur définition en continu et en impliquant les élus locaux dans leur déroulé et la publication des résultats
- étudier les déterminants de la santé et évaluer les plans en lien avec les déterminants de santé

INDEX DES SIGLES

ADDICA : ADDictions précarité Champagne Ardenne
ALD : Affection Longue Durée
ANPAA : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie
ARS : Agence Régionale de Santé
ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation
ASV : Atelier Santé Ville
CARÉDIAB : Champagne Ardenne Réseau DIABète
CNS : Conférence Nationale de Santé
CODES : Comité Départemental d'Education pour la Santé
CRES : Collège Régional d'Education pour la Santé
CRS : Conférence Régionale de Santé
DGS : Direction Générale de la Santé
EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
EPS : Education Pour la Santé
GRSP : Groupement Régional de Santé Publique
HAS : Haute Autorité de Santé
INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
MSA : Mutualité Sociale Agricole
OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies
ORS : Observatoire Régional de la Santé
SFSP : Société Française de Santé Publique