

LA PLACE DE LA PROMOTION DE LA SANTE DANS LES ARS
SYNTHESE DES CONTRIBUTIONS AU DEBAT ORGANISE PAR LE CRES DE BRETAGNE

Présentation du débat coordonné par la SFSP, dans le cadre de la mise en place des Agences régionales de santé

« La mise en place des agences régionales de santé (ARS), prévue par la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » en préparation, va profondément modifier l'organisation du système de santé. La Promotion de la santé fait partie du périmètre des ARS, cependant les objectifs et les modalités d'organisation sont très peu développés dans les textes préparatoires actuels. Aussi, est-il apparu important à la Société française de santé publique d'animer des contributions sur ce thème. Un premier texte est paru et la SFSP souhaite qu'une réflexion beaucoup plus large soit entreprise dans un délai court pour que les contributions puissent être prises en compte dans les textes à paraître. En effet, les acteurs concernés par la promotion de la santé sont multiples et nombreux sont ceux qui partagent ce souci d'une prise en compte structurée de ce champ au sein des ARS. La SFSP se met à disposition de l'ensemble de ces acteurs pour fédérer les contributions.

La SFSP a proposé que des animations et débats soient organisés dans chacune des 26 régions au cours du dernier trimestre 2008 et à partir d'un premier texte starter "[Pour un pôle de santé publique et de prévention fort et structurant au sein des ARS](#)". Ces débats et contributions régionales nourriront un positionnement de la SFSP ancré dans les pratiques régionales tout au long de l'élaboration des textes officiels sur les ARS (loi, décrets, circulaires...). En dehors de notes aux institutions et ministères concernés et de communiqués de presse, les réflexions régionales seront valorisées par des contributions écrites et orales lors d'événements nationaux en 2009, par exemple les Journées de la prévention de l'Inpes et le Congrès SFSP de Nantes. Ce projet a reçu le soutien de la Direction générale de la santé (DGS) et de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) et fait l'objet d'une convention entre la SFSP et l'INPES. »

En Bretagne

Le Collège régional d'éducation pour la santé s'est proposé de recueillir les avis des acteurs concernés et d'en transmettre une synthèse à la SFSP.

Avec l'accord et le soutien de la Conférence régionale de santé, le CRES a sollicité toutes les personnes inscrites sur le site « [sfspenregion](#) » pour la région Bretagne, les acteurs du champ associatif, et notamment les réseaux membres du Pôle de compétences régional en éducation et promotion de la santé ainsi que le CISS, des professionnels ou organismes « têtes de réseaux » dans le champ de la santé publique, mais aussi des représentants des collectivités territoriales, des universitaires et chercheurs dans le champ de la santé publique, les animateurs territoriaux de santé.

Le CRES a invité les acteurs sollicités à faire connaître cette démarche à ceux de leurs partenaires qui ne figuraient pas dans cette liste mais étaient susceptibles selon eux de contribuer utilement aux débats.

Nous remercions tous ceux qui ont apporté leur contribution à la réflexion, soit par la participation à une rencontre, soit par écrit au moyen du questionnaire qui avait été diffusé.

Les contributions

44 contributions individuelles ou collectives ont été apportées par les acteurs de la région Bretagne sous forme :

- D'une rencontre des réseaux de prévention membres du comité de pilotage du Pôle de compétences en éducation et promotion de la santé de Bretagne* : 7 participants
- De 2 rencontres plurisectorielles, pluriinstitutionnelles : 20 participants
- De 17 contributions écrites, individuelles ou collectives

* La pertinence d'un débat organisé dans le cadre du Pôle de compétences en éducation et promotion de la santé de Bretagne a été reconnue par son comité de pilotage. Ce débat spécifique visait à faire part des attentes partagées qui émergent des expériences de travail conjointes aux sept réseaux impliqués dans le Pôle. Les avis propres du Pôle concernant la place de la promotion de la santé dans les ARS sont indiqués en tant que tels dans la synthèse.

Les institutions/structures contributrices, les fonctions représentées

AIDES, délégation régionale - directeur
 Centre médico social scolaire - Médecins
 Centre médico-sportif - coordonnateur
 Collectif Inter Associatif de Santé de Bretagne (CISS B) – représentant régional
 Comités d'éducation pour la santé – directeurs / chargés de projet / administrateurs
 Conférence régionale et nationale de santé – représentant régional
 Conseil général, PMI – infirmière
 Consultant/professionnels en santé publique
 DRASS – médecins inspecteurs
 Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – doctorant
 Faculté de médecine, département de santé publique – Maître de conférences Sociologie/ Anthropologie
 HIA (hôpital d'instruction des armées ?) – cadre de santé
 IFSI – étudiant
 Inspection académique, Services promotion de la santé en faveur des élèves - Médecins
 Laboratoire pharmaceutique
 Ligue contre le cancer - coordonnateur régional prévention / chargé de prévention / administrateur
 Mutuelles – directeurs / chargés de projet / administrateurs
 Pays – animateurs territoriaux de santé
 Rectorat – médecin conseiller auprès du recteur
 Ville santé OMS
 Réseaux de santé – coordonnateurs / directeur / conseiller méthodologique

La synthèse

Le recueil des contributions a été organisé à partir d'un questionnaire reprenant la trame du texte de la SFSP : « Pour un pôle de santé publique et de prévention fort et structurant au sein des ARS ».

L'exhaustivité des contributions figure dans la présente synthèse. Dans la méthode de traitement des données, un soin particulier a été apporté à dégager la cohérence des apports respectifs et à les intégrer dans la logique de réflexion plus globale des acteurs de la région Bretagne qui a transparu lors des débats et dans les productions écrites.

Le premier enjeu « **Apports et périmètre de la promotion de la santé** » traite de la santé telle que les contributeurs souhaitent la voir considérée dans les ARS, de l'importance et de la façon dont ces dernières doivent tenir compte des déterminants de la santé, et de l'approche de la promotion de la santé qu'il est essentiel qu'elles portent pour mener une politique de santé publique au service de la population.

Le deuxième enjeu « **Reconnaître les acteurs de la promotion de la santé et faciliter le développement de leurs compétences** » fait état des nombreux acteurs que les contributeurs identifient dans le champ de la promotion de la santé. Les arguments développés portent sur la place que les ARS doivent veiller à leur conserver ou à renforcer et des soutiens qu'elles peuvent leur apporter par le développement de la formation et de la recherche.

Le troisième enjeu « **Gouvernance de la promotion de la santé dans les ARS : démocratie et temporalité** » regroupe l'ensemble des propositions d'ordre organisationnel qui semblent aux contributeurs capables de donner aux ARS l'envergure nécessaire à la conduite d'une politique de santé publique efficace et opérationnelle : un maintien cohérent des approches régionales de promotion de la santé largement portées par les PRSP ; une organisation interministérielle, intersectorielle et interinstitutionnelle des ARS ; une configuration très étudiée pour le Pôle prévention ; l'animation structurée de la politique régionale.

Enjeu 1 : Apports et périmètre de la promotion de la santé

La santé

En France, dès qu'il est question de prévention la conception de la santé reste très liée à la maladie. Or, on ne peut assimiler les approches de la santé au curatif, elles peuvent être centrées sur la santé positive. Il est donc important de rappeler que la santé se décline selon trois composantes que sont : le physique, le social et le mental (la définition de la santé au sens de l'OMS).

Les apports des sciences humaines sont nécessaires dans le champ de la santé publique. Ces disciplines doivent avoir toute leur place dans l'approche des questions de santé. Par exemple, la notion d'acculturation doit être prise en compte, qui nécessite de partir des réalités de la population pour la rejoindre, et d'utiliser un vocabulaire proche des gens.

Les déterminants de la santé

Si l'on parle de l'ensemble des déterminants de la santé, ce n'est pas pour les aborder les uns indépendamment des autres, mais pour les intégrer dans une approche globale des situations et des problématiques, sur un territoire donné.

Les déterminants de la santé désignés sont généralement négatifs ; les actions portent en conséquence sur les facteurs de risque. Leurs pendants positifs, facteurs de protection, sont à mettre en avant car ce sont eux qui représentent les leviers d'actions.

Parmi les déterminants de la santé, les dimensions financières et politiques, économiques et culturelles sont d'importance.

On ne peut pas lutter contre les inégalités sociales de santé sans agir sur les inégalités sociales qui croissent du fait de la crise, des difficultés économiques. Les revenus baissant, les gens sacrifient leur budget santé ; un licenciement atteint également le bien-être mental. Les politiques actuelles de restriction des remboursements de médicaments orientent des personnes vers des structures hors circuit classique pour pouvoir se soigner ; par exemple, certaines prescriptions pour les personnes alcooliques ne sont plus remboursées par la sécurité sociale. Les médecins ne sont pas toujours informés du déremboursement de certains médicaments et continuent de les prescrire auprès de patients qui n'ont pas les moyens de les payer.

Sont également cités comme importants : une surveillance de l'état des eaux, de l'air, des risques sanitaires ; les déterminants familiaux (composition, structure et fonctionnement de la famille actuelle).

La promotion de la santé

La terminologie employée indifféremment reflète la confusion des concepts (promotion de la santé, éducation pour la santé, prévention médicalisée, santé publique...) témoignant de la nécessité de travailler à l'acquisition d'un langage commun et d'une culture commune.

Le cadre de référence des actions menées pour sensibiliser les pouvoirs publics dans le cadre de la loi « hôpital, santé, patients, territoires », doit être clairement circonscrit et affiché : il s'agit de la promotion de la santé et de la prévention. Limiter la promotion de la santé à l'éducation pour la santé est réducteur : cette dernière se complète nécessairement d'un axe « protection » de la santé (environnement social et climat de vie favorables à la santé) dont fait partie le cadre juridique.

Les liens entre promotion de la santé et développement durable, entre soins, prévention et insertion dans la cité sont également cités comme devant être mis en évidence.

La France part de très loin en matière de santé publique. La loi, très centrée sur le curatif, en est le reflet.

- La promotion de la santé relève de bien d'autres champs que le sanitaire ; il concerne en particulier le champ social et a pour but de lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé.
- **Affirmer une dichotomie entre éducation pour la santé et prévention médicalisée n'est ni pertinent, ni souhaitable. Il est préférable d'insister sur la nécessité d'une concertation, voire d'un croisement entre les deux champs afin de porter un même discours auprès du public (l'exemple de l'hépatite B**

montre que des positions divergentes conduisent à des situations indémêlables). En outre, l'éducation thérapeutique ne relève pas que des seuls soignants mais se construit en articulation avec d'autres acteurs pour répondre aux besoins multiples du patient (éducation pour la santé du patient).

- La promotion de la santé s'inscrit dans la durée, dans le quotidien des gens (famille, école, loisirs,...).
- L'éducation des « non malades » à la bonne connaissance et utilisation du système de soins devrait figurer de façon formelle, sans quoi cette dimension est très souvent oubliée; elle pourrait figurer sous le dénominateur « éducation pour la santé » ou sous celui d'une « éducation thérapeutique à visée préventive ».

Dans une approche de promotion de la santé efficace et éthique, il s'agit de :

- Favoriser l'implication collective pour une participation active et concrète de la population aux décisions qui concernent sa santé (démarche communautaire) ;
- Favoriser pour chaque action une démarche partenariale et participative ;
- Améliorer la qualité de vie en intervenant de manière transversale sur les facteurs environnementaux.

Les logiques nationales relèvent de la régulation financière des soins (« logique comptable ») et non pas d'une approche de prévention tenant compte des besoins des gens. En amont de la prévention des maladies et du dépistage, une politique de promotion de la santé intervenant avant que les gens ne tombent dans la maladie est nécessaire.

La logique présidant à la prévention est alignée sur celle qui est appliquée en matière de soins : la recherche de résultats à court terme. *A contrario*, on attend de la promotion de la santé qu'elle démontre son efficience, ce qui n'est pas le cas pour les hôpitaux ; cela est d'autant moins pertinent pour la promotion de la santé qu'elle ne peut agir que sur la durée.

En outre, le champ du soin n'est pas soumis au système des appels à projets et aux baisses récurrentes des fonds qui lui sont alloués. De même, le champ de la prévention est soumis à des changements de priorités, sans inscription dans une continuité politique mais au gré de choix financiers fragmentés. Il n'existe pas de vue à long terme permettant de se projeter dans un travail de fond durable.

Actuellement, il existe une grande confusion dans les différents niveaux d'intervention : de multiples thématiques sont abordées sans lien entre les différents programmes qui les portent (alcool, tabac, cancer,...) ; c'est ainsi qu'en Bretagne, une part importante des fonds du GRSP est destinée au dépistage des cancers et à la vaccination.

Enjeu 2 : Reconnaître les acteurs de la promotion de la santé et faciliter le développement de leurs compétences

Le terme d' « acteur » est préférable au terme d' « opérateur » (très vite associé à « instrumentalisation ») Les acteurs cités ne relèvent pas tous du même niveau d'intervention dans le champ de la promotion de la santé ; chaque maillon a une place contribuant à la politique de santé publique. En préalable, il y a nécessité de définir précisément chaque terme utilisé : « élu » (il y a toutes sortes d'élus), « acteur »,... La répartition des acteurs par la SFSP reprend une classification par corps de métier. Si elle facilite la lecture, cette classification présente l'inconvénient de renforcer les clivages que la promotion de la santé vise à faire tomber et ne correspond pas systématiquement à la répartition des activités développées par chacun des professionnels concernés*.

Il est nécessaire d'indiquer clairement que :

- Par rapport à chaque question de santé, chacun, possède des compétences spécifiques, et opère à un niveau qui lui est propre dans le champ de la promotion de la santé ;
- Ces compétences, ces niveaux d'intervention s'articulent pour apporter collectivement des réponses.

Pour dépasser cette classification par corps de métier, des espaces doivent donc exister, qui organisent les échanges, ainsi que les complémentarités et collaborations multidisciplinaires, multi-professionnelles, multi-horizons entre les acteurs, différentes selon les thématiques concernées.

Dans le texte de la SFSP, il serait préférable de reformuler le chapitre « structuration des acteurs de la prévention dans la région » en « organisation des acteurs dans la complémentarité pour une cohérence de la politique de santé publique », dans un souci d'identification des compétences, de leur respect et de leur mutualisation au service de l'efficacité et de l'efficience, pour « éviter le fonctionnement en tuyaux d'orgue » et les « cloisonnements entre soins et prévention ».

Les professionnels de santé

« Faire le lien entre soins et prévention en favorisant une prévention médicalisée reconnue, plus organisée et mieux intégrée à l'activité habituelle des professionnels de santé de premier recours » (texte de la SFSP). La notion d'accompagnement des personnes est souvent oubliée quand on parle de soin et de prévention. Or, cette notion montre que l'enjeu est davantage dans le décroisement du soin et son ouverture. Mettre la priorité sur la formation des professionnels du soin pourrait laisser penser qu'ils peuvent tout faire, dès lors qu'ils cumuleraient la multitude de compétences requises.

Proposition de reformulation de ce point : « faire le lien entre soins, prévention et accompagnement en favorisant toutes les approches, de façon plus organisée et mieux intégrée à l'activité habituelle des professionnels de santé ».

Il est à rappeler que la santé n'est pas que l'affaire des soignants et que les professionnels de santé n'interviennent pas seulement dans le champ de la prévention médicalisée. Les dimensions sociales de la santé sont à réaffirmer et afficher pour qu'elle ne relève pas que du curatif. Ouvrir l'hôpital à l'éducation pour la santé passe par la formation des chefs de service des hôpitaux à l'intérêt de la promotion de la santé. Concernant les médecins généralistes, la formation doit leur permettre de comprendre et analyser les besoins réels et les environnements de vie des patients, déterminants incontournables de la réussite de l'éducation thérapeutique. En outre, compte tenu de leurs nombreuses obligations et de leur démographie, ils ne peuvent pas être seuls à agir en prévention. Il faut compter avec les infirmiers, amenés à développer les dimensions relationnelles avec les patients. Devraient être développés:

- Une sensibilisation à d'autres domaines comme les sciences de l'information et de la communication,
- Leur formation théorique à l'éducation pour la santé et l'éducation thérapeutique dès leur cursus initial,
- Les passerelles permettant d'acquérir des compétences en conduite de projet,
- L'accès des étudiants à des stages pratiques de construction de projets encadrés par des professionnels de l'éducation pour la santé,
- L'intégration d'infirmiers dans des associations et réseaux de santé.

Une culture commune en promotion de la santé doit être développée qui permette une collaboration entre les soignants et les autres acteurs de la promotion de la santé. Des soutiens existent dans le champ du soin qui a conscience de la nécessité de prendre en compte la prévention, notamment sur les

territoires. Les compétences acquises par certains professionnels seraient à mettre en valeur afin de potentialiser des effets attendus.

Une culture commune de base permettrait de se retrouver sur un modèle plus intégrateur, avec différents champs d'intervention qui n'entreraient plus en concurrence. Par exemple : la prévention pour toute la population ; la prévention pour des groupes ciblés, exposés à un facteur de risque spécifique ; la prévention bio-administrée (radars, dépistage, vaccination) ; la prévention des maladies chroniques et l'éducation thérapeutique.

L'EHESP, où se côtoient des professionnels d'horizons très différents, pourrait proposer comme passage obligé un temps de culture commune en promotion de la santé et ainsi s'inscrire dans les ARS ; cela suppose qu'elle oriente fortement son expertise vers ce champ alors qu'à l'opposé, elle semble être en cours de recentrage sur des missions de formations administratives.

Les professionnels spécifiques de la prévention ou de l'éducation pour la santé :

Les éducateurs pour la santé sont nécessaires pour travailler à une culture commune entre tous les acteurs concernés par le champ de la promotion de la santé et leur permettre d'y trouver leur place. Ainsi, les éducateurs pour la santé interviennent auprès d'autres acteurs* pour leur permettre de développer leurs compétences en matière de promotion de la santé.

L'enseignement en éducation et promotion de la santé doit être indépendant du sanitaire et sa part médicale réduite. Des attentes sont par exemple formulées en matière de processus de compréhension des messages, de changement des comportements.

De nombreuses formations en éducation et promotion de la santé sont maintenant proposées qui développent des profils professionnels différents. [La richesse de ce champ d'intervention provient de la complémentarité des approches de professionnels issus de formations initiales diversifiées. Il faut donc prendre garde à une formation unique qui formaterait tous les éducateurs pour la santé dans un même moule.](#) Toutefois, l'absence de tronc commun ne permet pas de développer une culture de base commune à portée de tous. Si les discours deviennent identiques et le vocabulaire est adopté par tous, les actions développées ne recouvrent pas les mêmes pratiques. C'est toute la difficulté de viser une culture commune qui passe donc nécessairement par un travail de fond.

Serait nécessaire un lieu faisant autorité en matière de promotion de la santé. L'INPES, établissement public administratif ne peut tenir ce rôle puisque, d'une part, il est étroitement dépendant du pouvoir politique, d'autre part, il ne dispose pas d'opérateurs sur le terrain. La SFSP, de son côté commence à développer ce type de mission.

Les élus

[Dans le texte de la SFSP, associer dans une même liste élus territoriaux, élus des caisses d'assurance maladie, élus des organismes ou syndicats de professionnels de santé apporte la confusion ; ils ne relèvent en effet pas d'un même niveau. Il faut sortir les deuxième et troisième de la liste. En revanche, les regroupements de communes, auxquelles sont transférées beaucoup de compétences, doivent être intégrés dans la liste.](#)

Les élus notamment les députés et les maires doivent être les cibles privilégiés de toute politique de santé.

Les élus ont des attentes et représentent un levier d'action très intéressant qui fait gagner du temps mais il est nécessaire d'aller à leur rencontre, de s'adapter à leurs contraintes (par exemple, ils sont davantage disponibles le soir), de travailler au développement d'un argumentaire auprès d'eux et de leur proposer des formations qui leur permettent de mener à bien les missions qui leur sont dévolues.

Autres acteurs

Les professionnels de la prévention ou de l'éducation pour la santé – non nommés dans les rapports Ritter et Bur – ne se trouvent pas que parmi les professionnels « des collectivités territoriales, des Caisses d'Assurance maladie ou des Mutuelles » ou « des associations dédiées à l'éducation pour la santé ». Le réseau des médecins et infirmières de l'éducation nationale doit y figurer, dont c'est précisément la raison d'être auprès de l'ensemble des 6 -16 ans et même d'une grande partie des moins de 6 ans et plus de 16 ans. Il est à souligner que les médecins de l'éducation nationale sont, au sein de la profession médicale, ceux qui sont parmi les plus formés et « outillés » (donc les plus « professionnels ») pour assurer la prévention et l'éducation pour la santé des enfants et adolescents de notre pays. Dès lors, ces professionnels ont toute leur place dans le regroupement des « opérateurs » en Région d'une part (comme co-constructeurs de la politique régionale) et à l'échelon territorial de proximité le plus pertinent « pour une meilleure couverture territoriale en services de santé primaires ».

En abordant les questions de santé par le biais du développement des compétences des personnes à prendre en compte leur propre santé, le panel des acteurs concernés s'élargit et les champs de l'éducatif, du social sont intégrés, dépassant les seules questions de maladie. La professionnalisation en éducation pour la santé (en formation continue et en formation initiale) est une question de fond : travailler à partir de l'existant, en s'inscrivant dans les dispositifs déjà en place, pour les faire évoluer serait déjà un grand pas. Par exemple :

- Les travailleurs sociaux font de la promotion de la santé au quotidien sans en avoir conscience (exemple d'un foyer accueillant des hommes violents) ; ils intègrent de plus en plus la démarche collective. Mais ils se trouvent démunis parce que peu ou pas formés ni informés des ressources existantes.
- Les animateurs jeunesse ne se reconnaissent pas légitimes dans le champ de la santé ; or, l'analyse de leurs pratiques montre qu'ils abordent les questions de santé (alcool, tabac,...) avec leurs publics.
- Les enseignants, lorsqu'ils valorisent leurs élèves, lorsqu'ils créent un milieu favorable, renforcent les facteurs de protection des enfants et agissent donc en faveur de leur santé. Les CESC sont des lieux possibles de travail.
- Les animateurs sportifs...

Tous ces acteurs ont un rôle dans le champ de la promotion de la santé à condition que leur institution les légitime et leur procure les moyens d'intégrer cette activité (formation, notamment à la pédagogie, temps de préparation et de concertation). La formation permanente est essentielle pour permettre aux professionnels d'assurer un service dans la continuité auprès de publics très mouvants (exemple des migrants).

Les restrictions budgétaires (par exemple des DRDJS) ne sont cependant pas favorables au développement de ces moyens d'agir.

Les ressources devraient être facilement identifiables grâce à des annuaires d'acteurs et les actions répertoriées pour que les acteurs d'un même territoire sachent ce qui se fait, avec quels publics, de manière à articuler leurs interventions.

Les fonctions d'animateurs territoriaux de santé, développées en Bretagne, sont des relais à prendre en compte et renforcer.

Les initiatives des associations de patients sont à valoriser et à accompagner pour leur donner la place qui leur revient, et parfois sortir d'un rôle d'« usager-alibi » qui les insupporte de plus en plus....

Les acteurs économiques

Leur présence au même titre que d'autres « opérateurs » du champ de la promotion de la santé soulève des questions d'ordre éthique ; le risque est important en termes d'instrumentalisation, voire de dévoiement des projets par ces acteurs ou de soutien à des programmes inefficaces en l'absence de compétences en promotion de la santé de la part de certains de ces acteurs économiques.

On peut constater que les laboratoires pharmaceutiques accèdent à un niveau de respectabilité certain ; la réduction des subventions aux projets leur permet un accès facilité au financement de séminaires, programmes, outils ; les institutions elles-mêmes donnent accès à leurs locaux pour organiser des réunions d'information auprès des promoteurs d'actions. Le cadre posé dans le texte de la SFSP est clair à ce propos.

Il est primordial que tous les acteurs jouant un rôle sur les déterminants de la santé interagissent ensemble ; les acteurs économiques en font partie. Chaque entité doit agir dans l'intérêt du citoyen, cependant toutes ne sont pas prêtes à participer à cette politique ou à travailler avec d'autres partenaires tels que les entreprises agro-alimentaires ; celles-ci répondront-elles d'ailleurs aux politiques fixées ? Les aspects financiers n'y sont pas étrangers.

S'il est pertinent de renvoyer un cadre éthique aux acteurs économiques parce qu'ils n'ont pas la même habitude de le questionner que les professionnels des autres champs, il faut rappeler à cette occasion que tout acteur doit s'inscrire dans un cadre éthique.

En termes de formation,

Trois points sur lesquels il convient d'insister :

- Le rôle important des Pôles de compétences en éducation pour la santé dans cette mission de formation des acteurs ;
- L'intégration des sciences humaines, souvent absentes, dans les formations notamment auprès des professionnels de santé qui ont peu accès à ces disciplines ;
- La nécessité de soutenir la formation continue pluri disciplinaire et intersectorielle pour permettre aux acteurs de se renouveler et de construire ou entretenir une culture commune.

Les formations doivent intégrer des enseignements sur :

- les droits des personnes ;
- les questionnements éthiques inhérents à toute pratique engageant la relation et l'usage d'applications scientifiques ;
- les liens entre culture, santé et identité.

Le développement des compétences des acteurs passe également par :

- Une politique de développement de l'enseignement de l'éducation et promotion de la santé dans les écoles de formation initiale des secteurs sanitaires, sociaux, éducatifs ;
- Une formation des étudiants sur le plan théorique, accompagnée de stages pratiques
- La valorisation des expériences ou projets innovants ;
- Des publications ;
- Une diffusion large des connaissances et expériences ;
- Des échanges de pratique aux échelons départementaux ou régionaux
- Des prestations d'ingénierie auprès des professionnels notamment du domaine sanitaire, souhaitant mettre en place des projets de moyen ou long terme, des dispositifs (réseau de santé, maison de santé pluridisciplinaire,...)

En termes de recherche,

- Reconnaître l'éducation pour la santé et la promotion de la santé comme disciplines universitaires à part entière pour favoriser leur développement ;
- Soutenir des recherches pluridisciplinaires et des recherches actions afin de produire des savoirs directement utiles à la pratique et appropriables par les acteurs de terrain.

Plusieurs formes de recherches sont à développer :

- Les recherches pluridisciplinaires, peu présentes ;
- Les recherches-actions, qui ont toute leur place aux côtés de la recherche fondamentale.

Des attentes sont également formulées en matière de recherche en communication sur les actions et les outils pédagogiques, sur les modifications de comportements et la recherche sur l'évaluation

Rendre possible le portage de projets de recherche par des structures, associatives ou autres, permettrait de développer des projets associant acteurs de terrain et chercheurs, en prise directe avec les pratiques en vue de leur analyse et leur amélioration.

Construire et organiser des appels à projets nationaux de recherche permettant vraiment l'association d'acteurs de terrain et de laboratoires de recherche. Actuellement, les conditions administratives et

comptables posées dans ces appels à projet ne le permettent pas toujours. Une autre difficulté est le périmètre de recherche exigé dans ces appels à projet, souvent trop étendu, en particulier en matière d'échantillons représentatifs de populations, impossibles à gérer pour des structures ne disposant pas des ressources nécessaires et privilégiant les recherches qualitatives ou les recherches évaluatives. Ces dernières sont d'une utilité complémentaires par rapport aux expertises collectives de l'INSERM ou aux méta-analyses internationales, difficilement appropriables par les acteurs de terrain. Elles sont plus pertinentes pour valider des méthodes d'intervention. Les études épidémiologiques, utiles pour fixer des priorités, n'apportent que peu d'éléments directement exploitables par les acteurs de terrain. Pour exemple, une recherche action sur le suicide menée par le Collège Coopératif de Bretagne et la Mutualité Française Bretagne, en collaboration avec des acteurs locaux, a permis une appropriation sur le terrain des recommandations produites et leur prise en compte dans le volet santé mentale du PRSP.

L'ARS devrait pouvoir lancer ses propres appels à projets de recherche, appropriés aux problématiques régionales et destinés à soutenir la pertinence des appels à projets régionaux annuels, ainsi que la qualité des actions conduites localement.

Des lieux de débats entre chercheurs et acteurs de terrain où la promotion de la santé serait mise en perspective, permettraient de réduire le fossé existant entre la recherche et l'action et de rapprocher deux langages très éloignés.

Enjeu 3 : Gouvernance de la promotion de la santé dans les ARS : démocratie et temporalité

Les questions qui se posent à tous, dont les réponses engagent les politiques à venir : qui seront les concepteurs, les effecteurs, les régulateurs, comment seront-ils définis ?

Le maintien cohérent des approches régionales de promotion de la santé, largement portées par les PRSP

L'éducation pour la santé est largement absente de la loi, prolongeant la logique déjà engagée dans la loi de santé publique de 2004. Or, dans la plupart des PRSP, la démarche de promotion de la santé est inscrite en préambule. Pour rester en cohérence avec les dynamiques régionales, la loi doit donc inscrire les ARS dans cette même démarche de promotion de la santé. Les ARS doivent disposer d'une marge d'autonomie suffisante pour être en mesure de repérer des déterminants de santé régionaux et désigner ceux sur lesquels il est pertinent d'agir localement, au-delà des grandes orientations données nationalement. Pour être effective, cette inscription dans une démarche de promotion de la santé doit s'accompagner des moyens correspondants et s'appuyer sur une évaluation pertinente des PRSP.

Le PRSP avait une vocation globale incluant la prévention et le soin mais des enjeux institutionnels divergents ont scindé les deux approches, préventives et sanitaires. Une synergie est indispensable pour employer au mieux les fonds.

« Faire de la santé publique et de la prévention, la véritable colonne vertébrale de la politique de santé dans les régions » (texte de la SFSP) : il s'agit là d'un vœu pieu, émis depuis de longues années sans véritable effet. Prendre ce parti peut servir, comme cela s'est passé au Canada, à réduire les financements du soin en arguant que certaines de ses missions reviendraient à la santé publique. Soins et prévention pourraient alors se retrouver perdants.

Proposition de reformulation de ce point : « opérer une approche équilibrée entre la promotion de la santé et le soin au sein de la politique de santé dans les régions » ; le terme de « promotion de la santé » est préférable à celui de « santé publique », compte tenu de l'argumentaire développé dans le texte en faveur de la promotion de la santé.

D'une part, la démarche présidant aux ARS s'inscrit dans la politique de révision générale des politiques publiques : une direction mixant différents secteurs pour réduire les coûts. Mais les professionnels issus de ces différents services ont des cultures diverses, ce qui rend leur rapprochement au sein de mêmes organisations difficile.

D'autre part, l'ARS doit porter la promotion de la santé auprès de l'ensemble des acteurs. A ce titre, l'ARS doit lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé, prendre en considération les populations les plus démunies. Doivent y contribuer des universitaires en sciences humaines et des acteurs de terrain pour davantage de pragmatisme.

L'ARS pourra soutenir fortement cette approche si l'ensemble de ses membres sont formés et acquièrent une culture partagée.

L'organisation des ARS

« Promouvoir une approche intersectorielle et interministérielle en capacité d'agir avec efficacité sur l'ensemble des déterminants de santé » (texte de la SFSP) devrait figurer en première place, comme principe de structuration des ARS.

Les logiques budgétaires dictent un fonctionnement cloisonné et freinent la construction et la mise en place de politiques transversales. Souvent, l'intersectorialité se retrouve plus aisément au niveau des territoires ; la mobilisation des acteurs s'y réalise plus rapidement. L'organisation des ARS devrait permettre la mobilisation collective des institutions et faciliter le travail conjoint des acteurs locaux.

Les ARS doivent disposer d'un pilote et d'un lieu où sont identifiés les déterminants de la santé, où des priorités sont choisies, des décisions prises. Comment on évalue, qui évalue et comment sont utilisées les documents produits sont autant de questions à soulever pour déterminer ce qu'il faut faire et avec quel argent ; le budget octroyé doit correspondre aux besoins et à la politique définie ; les évaluations

réellement servir au pilotage de la politique de santé sans prendre démesurément sur le temps de l'action et sans en attendre les mêmes données (épidémiologiques) qu'à l'échelle nationale.

Les actions de sécurité routière, du PNNS, sur le tabac réussissent parce qu'une régulation a été réintroduite dans des champs qui n'en connaissaient pas.

L'organisation actuelle fonctionne bien sur certains cancers : la cohésion existe entre réseaux et dispositifs d'annonce ; ils disposent des fonds, des compétences, des ressources humaines adéquates. Ces réussites sont caractérisées par l'existence d'un pilote qui suit l'expérimentation et organise son transfert sur d'autres territoires. Des ARS fondées sur une politique de projets, sans hiérarchie, ne permettraient pas la lisibilité nécessaire à l'expérimentation et l'extension de dispositifs dans le cadre d'une politique inscrite dans la durée.

En termes interministériels :

Les ARS devraient pouvoir interpellier le politique sur l'impact de ses décisions sur la santé, quel que soit le champ concerné (environnement, aménagement du territoire,...), sur le modèle canadien (mesure de l'impact des décisions politiques). Mais quelle capacité ou volonté auront les ARS d'interpeller les politiques sur l'impact de leurs décisions, dès lors que des déterminants d'ordre politique auront été identifiés ? Le directeur est nommé par le ministère de la santé et se trouve sous l'égide du préfet, lui-même désigné par le ministère de l'intérieur. Cette organisation n'est pas propice à l'interministérialité, censément conduite par le préfet, et la santé n'y trouve pas une position forte.

La création d'une Agence Nationale de la Santé peut seule avoir une action sur les autres politiques (économiques, sociales,...) ; sur le modèle canadien, des études d'impact sur la santé des politiques pourraient permettre d'agir sur les déterminants politiques de la santé. Par exemple, la suppression du service militaire a pu avoir un impact sur la cohésion sociale du fait de la mixité sociale qu'il favorisait.

Si la SFSP s'autorise à proposer l'intégration de la santé environnementale et de la sécurité sanitaire dans les ARS, il est tout aussi pertinent de suggérer la représentation dans les ARS des ministères de l'Education Nationale et du travail afin de favoriser le déclouisonnement. La présence de l'Education Nationale dans l'ARS est requise pour assurer la conduite d'une politique cohérente auprès des jeunes. De même, les enjeux de la santé au travail nécessitent qu'il soit représenté dans les instances, d'autant :

- qu'ils disposent de données en matière de santé et de recours aux soins ;
- que ces secteurs sont très actifs et impliqués dans la promotion de la santé,
- qu'ils disposent de personnels de santé,
- qu'il est impératif de rejoindre les publics sur leurs lieux de vie.

En termes intersectoriels :

Trois schémas sont prévus dans la loi - soin, prévention, médico-social - : ils doivent s'inscrire dans une politique transversale, concertée entre représentants des commissions pour assurer la continuité de la chaîne du soin - prévention-soin-réadaptation. L'ARS devrait avoir la légitimité et les moyens de la coordination et de l'évaluation de la qualité de la chaîne du « prendre soin » qui va de l'éducation pour la santé dans un environnement favorable à la santé jusqu'aux résultats thérapeutiques et à la rééducation/réadaptation, en passant par le repérage, le dépistage, le diagnostic.

L'intégration du GRSP tel quel, ne serait pas propice à cette transversalité. Le plan que l'ARS est en charge d'élaborer devrait constituer une base commune de travail pour les trois schémas, avec des objectifs écrits en termes de promotion de la santé, et pas seulement de réduction de la morbidité. Les trois schémas doivent bénéficier des mêmes moyens et de la même reconnaissance pour remplir leurs missions et éviter le risque de marginalisation du Pôle prévention. La dénomination de « Pôle santé-société » est suggérée afin de marquer son approche globale et le prémunir d'un retour à l'hygiénisme. Une représentation des acteurs intervenant auprès des publics jeunes est indispensable dans les ARS : comment mener une politique de santé destinée aux citoyens de demain s'ils en sont absents ? De même, pour la santé au travail, dont les médecins sont très demandeurs.

Des IFSI considèrent également avoir une place au sein des ARS, au titre des étudiants qu'ils forment.

En termes interinstitutionnels :

Harmoniser et décloisonner les pratiques des différents décideurs de la région pour qu'ils agissent dans le même sens avec des objectifs, des outils et des valeurs communes est essentiel.

En outre, une instance rassemblant les acteurs institutionnels et techniques permettrait que les premiers aient la matière nécessaire pour prendre des décisions et que les constats réalisés par les seconds soient entendus. Elle pourrait constituer la commission exécutive de l'ARS. Ce collège permettrait également de fédérer les approches et de donner des orientations communes au travers du plan que l'ARS est en charge d'élaborer ; ce plan doit tenir le rôle de Charte commune se déclinant en orientations, actions, rôles respectifs des différents acteurs.

Le Pôle prévention

Isoler la prévention permet de bien la reconnaître mais de ce fait, elle continue de peser faiblement. Les fonds qui lui sont accordés devraient financer la coordination des acteurs, la mise en place des leviers d'action avec les territoires, sans recréer de nouvelles structures.

Les deux schémas proposés dans le texte de la SFSP ne sont pas exclusifs l'un de l'autre mais répondent à deux logiques différentes à prendre en compte. Un regroupement structuré en région donne aux « opérateurs » une voix audible pour faire entendre les réalités et besoins du public et des intervenants dans ce champ d'intervention. Une intégration des professionnels de la prévention au sein de chaque organisation de proximité pluridisciplinaire permet d'apporter des réponses au plus près des besoins du public. Le risque d'une hégémonie des acteurs impliqués dans le regroupement régional exige de prévoir les moyens de la perméabilité entre les deux niveaux.

Le Pôle prévention doit être élargi à l'ensemble des acteurs du champ de la promotion de la santé et ne pas se réduire au seul réseau CRES/CODES. Dans ce cadre élargi, les ARS ont tout intérêt à veiller au maintien des Pôles de compétences en éducation pour la santé, espaces où les réseaux de prévention peuvent travailler ensemble à la synergie, la mutualisation et la structuration de leurs activités et actions. Pour ce travail, il est indispensable :

- que soit inscrite dans la loi une politique durable de consolidation de ces derniers ;
- que les appels à projets relatifs aux Pôles de compétences bénéficient d'une gestion pluriannuelle ;
- que les relations entre les Pôles de compétences et l'INPES soient de nature à soutenir la capacité des Pôles à se construire dans la durée, de façon cohérente avec les priorités nationales et les réalités régionales grâce à des cadres de suivi, d'échanges et de discussions entre les deux niveaux.

L'expérience du Pôle de compétences de Bretagne laisse penser que des modes de fonctionnement doivent être imaginés entre l'INPES et les acteurs des régions pour que l'instance nationale soit à même d'animer les échanges d'expériences régionaux et d'en utiliser la matière pour construire une dynamique nationale et soutenir les initiatives locales. Par ailleurs, de quels moyens peut se doter un établissement public administratif tel que l'INPES pour disposer d'une relative indépendance et ainsi pouvoir représenter les acteurs locaux ?

Si les Pôles prévention des ARS « prennent appui » sur les Pôles de compétences en éducation pour la santé, s'agit-il pour les premiers de passer commandes et d'utiliser les travaux des seconds ? Ou plus efficacement et démocratiquement, d'établir des modalités de concertation avec les acteurs et les usagers pour aboutir à des décisions collégiales ? En correspondance avec les démarches mises en œuvre par AIDES, l'accent doit être mis sur une approche communautaire et une démarche participative.

Quant au tissu local, il peut être entendu grâce à une structuration régionale du type du Pôle de compétences en éducation et promotion de la santé de Bretagne impliquant les professionnels de la promotion de la santé issus des réseaux de prévention et de leurs structures départementales ; ces derniers sont aptes à refléter le terrain et faire entendre valeurs et principes d'actions auprès des institutions.

L'animation de la politique régionale

La marge de manœuvre régionale doit être conservée ; elle n'est pas remise en cause par la loi. La déconcentration s'accroissant fortement, l'articulation entre les différents territoires, les niveaux géographiques (communes, communautés de communes, communautés d'agglomération, pays, conseils généraux,...), les dispositifs (animations territoriales de santé, volet santé des contrats de cohésion sociale, Ateliers santé ville, conseils locaux de sécurité et de prévention de la délinquance, contrats éducatifs locaux...) est fondamentale pour assurer une politique de santé cohérente. La recherche de cohérence doit porter également sur d'autres champs de compétences confiés aux collectivités territoriales : personnes âgées, handicap,...

Une attention particulière doit être portée sur le double mouvement (posant la question de la légitimité de l'ARS) de régionalisation à outrance et de décentralisation de plus en plus forte avec les collectivités locales. Les enjeux économiques et sociaux se trouvent d'ors et déjà au niveau local ; le renforcement des inégalités sociales et territoriales de santé est un risque si la volonté économique et politique est laissée à la seule appréciation de chaque élu.

Les moyens de donner leur place aux élus dans les instances doit être réfléchi (c'est ainsi que le collège des élus de la conférence régionale de santé n'est pratiquement jamais représenté), sans quoi le risque est que leurs territoires, leurs politiques ne soient pas pris en compte dans la définition des orientations et que les orientations définies ne soient pas déclinées dans leurs politiques et territoires.

La démocratie et la prise en compte des territoires ne peuvent se réaliser sans organiser une veille sur les problématiques de santé afin que les interventions prennent en compte les déterminants de santé des populations. Est également nécessaire l'identification des acteurs, ce pour quoi ils sont reconnus, leur rôle, leurs activités.

La question récurrente de l'évaluation se pose en plusieurs termes :

- Quelles sont les évaluations pertinentes en matière de promotion de la santé ? Entrent notamment en ligne de compte la temporalité des actions pour qu'elles produisent des résultats, la nature des résultats évaluable à l'échelle des publics concernés par une action.
- Quels moyens sont disponibles pour réaliser le suivi des actions, l'accompagnement de leurs promoteurs, leur évaluation ?
- Quelles méthodes d'évaluation et acteurs sont mobilisés permettant de croiser les logiques différentes entre décideurs et porteurs d'action, entre besoins locaux et besoins à l'échelle d'une population pour l'amélioration de la qualité des actions au service de la population et d'une politique cohérente ?

Une superstructure ARS peut être préjudiciable au lien avec les acteurs de terrain qui doivent pouvoir avoir un interlocuteur connaissant leurs actions et à l'écoute. Les acteurs de leur côté doivent pouvoir être informés des appels à projets et bénéficier des compétences et du temps pour y répondre.

Les notions de partage, de coordination doivent apparaître et non pas uniquement celles de rationalisation, de résultat.

« Légitimer des opérateurs en prévention primaire et en éducation pour la santé qui sortiraient d'une précarisation périodique liée à des financements sur appel à projets incompatibles avec un travail cohérent et opérant sur la durée » (texte de la SFSP) :

- « Légitimer » laisserait supposer que les acteurs ne sont actuellement pas légitimes ; ils le sont, pour la plupart, par leur expérience, et parce qu'ils sont actuellement financés par les institutions ;
- Comme indiqué plus haut, le terme « acteur » est préférable à celui d' « opérateur » ;
- Supprimer le terme « prévention primaire » qui porte à confusion dans la classification des champs d'intervention ;
- « Précarisation périodique » : la précarité des structures est permanente et non périodique ;
- « Des financements sur appel à projet incompatibles avec un travail cohérent » : la formulation peut laisser croire que le travail réalisé actuellement est incohérent. Ce sont plutôt les moyens qu'il faudrait rendre cohérents.

Proposition de reformulation de ce point : « fournir des financements cohérents et durables qui sortiraient les acteurs de l'éducation pour la santé d'une précarisation permanente »

- La course annuelle aux moyens financiers est coûteuse en temps de travail : recherche de l'information pertinente, du bon interlocuteur, multiples dossiers administratifs ;
- Les acteurs en prévention primaire sont parfois concurrents dans la recherche de moyens ;

- L'instruction initiale des dossiers de demande de financement doit être ouverte et ne pas engager la réponse définitive ;
- La transparence sur la procédure d'instruction et de sélection doit être totale.

Des contrats d'objectifs et de moyens sont indispensables. La logique de résultats portée actuellement doit s'accompagner des moyens nécessaires mais aussi se prémunir de la recherche systématique de résultats à court terme, au risque de renforcer la prééminence du soin sur une politique de promotion de la santé et prévention inscrite dans une politique à moyen et long terme.

En outre, le recours à des fonds privés et à des acteurs du secteur marchand dans le cadre d'appels à projet peut être préjudiciable en matière de compétences, de nature des actions menées et de cohérence des politiques au regard de la mission de service public alors que dans le même temps, les « petits » promoteurs d'actions, au plus proches des publics sont de plus en plus exclus des financements.