

**Contribution de la région Aquitaine
au débat « Promotion de la santé et
Agences Régionales de Santé »**

Février 2009

SOMMAIRE

Enjeu 2 Reconnaître les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé et faciliter le développement de leurs compétences	5
Qui sont les acteurs ?	5
Les professionnels du diagnostic et du soin	5
1. Type de professionnels	5
2. Formation	5
3. Réseaux de santé	5
Les professionnels spécifiques de la prévention ou de l'EPS	6
1. Au sein d'institutions régionales : services de l'Etat, collectivités territoriales, caisses, mutualités, services de santé au travail	6
2. Dans les associations dédiées à l'EPS	7
Les élus	7
1. Collectivités territoriales	7
2. Caisses d'Assurance Maladie	7
3. Organisations ou syndicats des professions de santé	8
Les associations d'usagers et de patients	8
Les acteurs économiques : industrie pharmaceutique, industrie agro-alimentaire, professionnels agricoles	8
Y-A-T-IL UN ENJEU POUR LA REGION A FACILITER LE REPERAGE DES ACTEURS ET LE PARTAGE D'EXPERIENCE ?	9
Comment l'ARS va faciliter le développement	9
Intégration d'universitaires et de praticiens-chercheurs dans les ARS	9
Formation spécifique	9
1. Des animateurs (niveau licence)	9
2. Des chefs de projets (niveau master)	9
3. Débouchés plus stables	10
4. Dimension recherche	10
Intégration de la formation EPS/PDS dans les formations initiales des professionnels du diagnostic et du soin	10
1. Prévention médicalisée	10
2. Education pour la santé	10
Formation des acteurs extérieurs au champ	11
1. Formations professionnelles courtes délivrées par CRES/CODES et organismes thématiques	11
2. Formations CNFPT	11
Développement de la recherche	11
1. Par la formation à la recherche pluridisciplinaire (EHESP)	11
Y-A-T-IL UN ENJEU POUR LA REGION A FACILITER LE DEVELOPPEMENT DES COMPETENCES DES ACTEURS ?	12
Quelles stratégies de reconnaissance et de soutien des acteurs pourraient être mises en œuvre par les ARS ?	12
Pour les professionnels du soin	12
Pour les professions spécifiques de l'EPS	13
1. Regroupement en région	13

2. Intégration au sein de chaque organisation de proximité, pluridisciplinaire	13
Pour les élus	13
Pour les associations d'usagers et de malades.....	13
1. Soutien méthodologique.....	13
2. Soutien financier par appels à projets simplifiés	13
Pour les acteurs économiques	14
Y-A-T-IL UN ENJEU POUR LA REGION A EVALUER : QUOI ? QUI ? COMMENT ?	14
Enjeu 5 Accompagner la mise en œuvre de la politique de prévention et de promotion de la santé	15
La question de la coordination est centrale	15
Toutes les régions doivent-elles pouvoir disposer d'un pôle de compétences en éducation pour la santé ?	16
Une direction dédiée à l'éducation et la promotion de la santé dans chaque ARS est-elle pertinente ?	16
L'expertise de santé publique doit-elle prévaloir dans la décision SREPS deuxième génération ?.....	17
Un volet identifié d'éducation et de promotion de la santé dans les PRSP est-il pertinent ?	17
Un système d'information nécessaire	18
Enjeu 4 Mettre en œuvre un financement adapté.....	19
(vertueux, fiable, durable, solide...)	19
de la prévention et de la promotion de la santé.....	19
Respect des promoteurs.....	19
Accompagnement des promoteurs	19
FAUT-IL MUTUALISER LES FINANCEMENTS ?.....	20
FAUT-IL DES CREDITS SANCTUARISES ET/OU DEDIES ?.....	20
FAUT-IL UNE FONGIBILITE ASYMETRIQUE DES CREDITS ?	21
FAUT-IL DES APPELS A PROJET, DES CONVENTIONS D'OBJECTIFS, DES CAHIERS DES CHARGES ?	21
Assurer la visibilité des investissements à chaque financeur.....	21
Transparence sur la procédure d'instruction et de sélection	22
COMMENT LIER FINANCEMENT ET EVALUATION ?.....	22
Propositions concrètes pour la rédaction des textes réglementaires	23
Concernant l'enjeu 2.....	23
Concernant l'enjeu 5.....	23
Concernant l'enjeu 4.....	23

La SFSP propose que des animations et débats soient organisés dans chacune des 26 régions au cours du premier trimestre 2009 à partir de son texte initial. 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...).

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.

Déroulement de la démarche en Aquitaine

En Aquitaine, un groupe de travail coordonné par le Dr. Philippe Michel, directeur du CCECQA et administrateur de la SFSP, et associant étroitement de nombreux partenaires de la région dont le CRAES-CRIPS Aquitaine, a choisi de retenir la démarche suivante pour animer ce débat :

- Parmi les 8 thèmes proposés par la SFSP, le groupe de travail a choisi d'approfondir les trois suivants :
 - **Reconnaître les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé et faciliter le développement de leurs compétences**
 - **Accompagner la mise en œuvre de la politique de prévention et de promotion de la santé**
 - **Mettre en œuvre un financement adapté (vertueux, fiable, durable, solide...) de la prévention et de la promotion de la santé**
- Des sous-groupes de travail ont été constitués pour chacun des trois thèmes. Ses membres ont été chargés d'apporter une contribution écrite entre la mi-novembre et la mi-décembre
- Une première synthèse de ces contributions a repris et mis en forme les avis exprimés par ces contributeurs. Cette retranscription la plus fidèle possible met en exergue notamment les points sur lesquels les contributeurs ont émis des avis divergents. Elle a été rédigée essentiellement par Mme Delphine Couralet et revue dans ses grandes lignes par le groupe de préparation de la Journée de travail.
- Cette synthèse a été transmise à des acteurs clés complémentaires pour réaction et modifications.
- Le document pré-final a été discuté au sein de trois ateliers, qui avaient été problématisés, de façon à se centrer sur les questions essentielles propres à chaque enjeu, lors d'une journée régionale ayant réuni **120 personnes le 13 février 2009**.
- Ce document a été finalisé à la suite de la journée du 13/02.

De nombreux acteurs ont contribué à l'élaboration de ce document. Ils sont issus des institutions et organismes suivants : AIDES, ANPAA 33, Assurance Maladie, CISSA, Conseil Général de la Gironde, CODES 64, Conseil Régional Aquitaine, CRAES-CRIPS Aquitaine, DRASS Aquitaine, DRTEFP Aquitaine, Education Nationale, Etablissements de santé, GRITTA, Réseau AGIR 33.

Nous remercions tout particulièrement : Sylviane Atchoarena, Béatrice-Anne Baratchart, Isabelle Blanchard, Philippe Castéra, Anne-Marie Chauveaux, Catherine Dalm, Colette Delmas, Christian Douet, Benoit Fleury, Véronique Garguil, Michael Goetz, Bernard Goudet, Sylvie Marcadié, Dominique Michaud, Christine Prévost, Catherine Stessin, Martine Valadié-Jeannel, Paul Veersé

Enjeu 2

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

Qui sont les acteurs ?

Les professionnels du diagnostic et du soin

1. Type de professionnels

Tous les professionnels de santé (du diagnostic et du soin) de proximité, libéraux ou salariés, doivent être en mesure de participer aux actions de prévention primaire et de prévention médicalisée correspondant à leur champ de compétence.

Il faut reconnaître officiellement (et matériellement car le mode actuel de rémunération des professionnels du soin en ville n'est pas adapté à la notion de prévention médicalisée, consommatrice de temps) la fonction de promotion de la santé et de prévention que peuvent exercer médecins, pharmaciens, dentistes, infirmiers, sages-femmes, puéricultrices, kinésithérapeutes, et certains autres professionnels de santé comme les psychologues par exemple, s'ils peuvent (et veulent) y consacrer le temps nécessaire. Il serait intéressant de mettre en place une procédure régionale d'enquête tous les 3 ans pour recueillir leur pratique de cette fonction et leur repérage des représentations, attitudes et conduites à l'égard de la santé de leurs patients. Dans un premier temps, une recherche bibliographique serait déjà éclairante.

La délégation de certaines actions de dépistage, de repérage, de soins, normalement réservées aux médecins doit être développée dans un cadre bien structuré et organisé.

2. Formation

En dehors du "conseil en santé" dans le cadre d'un message court lors d'une consultation, la compétence d'éducateur santé pour un professionnel du soin doit s'acquérir par une formation complémentaire dans un cadre universitaire régional.

Les compétences en matière d'éducation thérapeutique du patient sont à valoriser et devraient s'exercer dans le cadre des priorités de santé régionales listant les besoins en termes de soins et de prévention au niveau des territoires de santé.

3. Réseaux de santé

Les réseaux de santé regroupant les professionnels de la santé et du social sont un moyen de coordination des actions et des acteurs autour de messages de prévention prioritaires et d'actions de prévention médicalisée prioritaires.

Ils peuvent offrir des prestations à proximité des lieux de vie des patients. Ils participent à la sensibilisation et à la formation des professionnels et permettent l'adaptation et l'appropriation des recommandations et de l'évaluation des pratiques.

Il doit cependant exister une coordination claire et affichée entre les professionnels de proximité, les professionnels spécifiques de la prévention et les décideurs des priorités de santé publique. Le médecin traitant doit être informé des actions développées auprès de son patient et connaître les messages qui sont ainsi transmis.

En outre, le développement d'une visite de santé publique paraît hautement souhaitable sur le principe de ce qui est fait avec le délégué santé prévention d'AGIR 33. Ceci permet d'apporter au cabinet du médecin les informations sur les thèmes prioritaires de santé publique, sur les outils de prévention médicalisée, sur les formations disponibles, etc.

Les professionnels spécifiques de la prévention ou de l'EPS

Un corps de métier spécifique : éducateur pour la santé. Il faut authentifier ce métier, quel que soit le lieu d'exercice, par un socle commun de connaissances et compétences. La reconnaissance pourrait donner lieu à un "agrément" régional via éventuellement une Validation des Acquis et de l'Expérience.

Les éducateurs pour la santé des associations thématiques (AIDES, ANPAA, GRRITA, etc.) auraient une expertise reconnue en éducation pour la santé dans un champ de prévention de pathologies spécifiques. Les modalités, voire l'opportunité, de lancer cette procédure reste à discuter avec l'ensemble des acteurs concernés qui ne s'accordent pas actuellement sur ce sujet.

Les éducateurs pour la santé des organismes de sécurité sociale auraient une expertise reconnue dans le champ de l'éducation du patient.

I. Au sein d'institutions régionales : services de l'Etat, collectivités territoriales, caisses, mutualités, services de santé au travail

Il convient de situer la participation à la promotion de la santé et à la prévention des services sociaux et médicosociaux des conseils généraux, des services sociaux des communes, des services sociaux et des services éducatifs (ainsi que des Centres d'exams de santé) des organismes d'assurance maladie, des services sociaux des CAF, des services médicaux et sociaux de la MSA, des services éducatifs des mutuelles de la médecine du travail. Il faut leur permettre d'établir régulièrement des états des lieux de leur pratique et de leurs observations en ce domaine. Il faut également encourager leur travail concerté dans les dispositifs territorialisés comme les Ateliers Santé Ville en milieu urbain et les contrats de pays en milieu rural.

Les professionnels de santé du service de Protection Maternelle et Infantile ont une approche globale de la santé, avec une dimension de prévention et de promotion de la santé de la famille et de l'enfance.

Les équipes de PMI cherchent à agir sur les déterminants de santé, se mobilisent dans les milieux de vie (la cité, la famille, etc.), inscrivant leurs pratiques dans la perspective d'un continuum entre soins préventifs et curatifs.

Les services de santé au travail, répartis sur l'ensemble du territoire régional, développent des actions de prévention en milieu de travail. Ils disposent de données qui pourraient contribuer à l'élaboration d'un état des lieux.

Les professionnels de santé de l'Education nationale, médecins et infirmières, constituent un réseau important d'acteurs de promotion de la santé des enfants et adolescents. Ils participent à l'observation de la santé des jeunes entre autre dans le cadre du cycle triennal d'enquête conduites par la DREES et l'InVS. Leurs interventions tant individuelles que collectives s'inscrivent dans le cadre de leurs circulaires de missions ministérielles. Ils s'adressent à un public de plus de 500 000 jeunes en Aquitaine. La santé de l'élève constitue un des éléments de la réussite scolaire, d'autant plus important s'il est porteur de troubles des apprentissages, de maladie chronique ou de handicap. Les enseignants, dans le cadre des enseignements participent à l'éducation pour la santé, à tous les niveaux scolaires, notamment dans le cadre des Comités d'éducation pour la santé et la citoyenneté (CESC) en collèges et en lycées et des projets spécifiques que les CESC peuvent élaborer et piloter à partir de leur connaissance des situations et problèmes de santé spécifiques à l'établissement.

Pour les enfants et adolescents porteurs de maladies chroniques, nécessitant des soins durant le temps scolaire, un projet d'accueil individualisé est élaboré par le médecin scolaire, qui facilite la continuité des soins à l'école, et pour toutes les activités qui y sont assurées : sport, ateliers, sorties.... Le médecin participe à ce titre à l'éducation thérapeutique du jeune patient, de même que l'infirmière si elle assure le suivi de l'élève, et doit également si la famille en est d'accord et si cela est nécessaire contribuer à l'information des enseignants qui ont l'élève en responsabilité.

Dans l'Education Nationale, c'est le Recteur d'Académie qui conduit la politique. Dans les départements, ce sont les Inspecteurs d'Académie directeurs des services départementaux de l'Education Nationale qui appliquent cette politique, en EPLE ce sont les chefs d'établissement qui mettent en œuvre les actions, avec leurs instances (CA, CESC...). Par ailleurs les thématiques de santé sont de plus en plus souvent intégrées aux programmes d'enseignement, et il est souhaitable que la communauté éducative se saisisse des préoccupations des enfants et adolescents. En revanche, l'appui de spécialistes de certaines questions est nécessaire à l'école,

par exemple sur les avancées dans le domaine des greffes d'organes et là ce sont les professeurs de SVT qui assurent la coordination du programme. Les adolescents dans le cadre du CAVL, ont insisté sur la nécessité de prendre des responsabilités sur les thématiques de santé, ils ont aussi la capacité de se faire entendre dans le cadre du CVL en lycée.

Il serait intéressant que médecins et infirmières scolaires puissent bénéficier d'un enseignement concernant l'éducation thérapeutique du patient.

Il serait très dommageable pour la promotion de la santé de voir le fonctionnement des ARS entraîner un cloisonnement entre "santé publique" et "action sociale" alors que les deux domaines sont étroitement intriqués et que l'on doit étroitement associer les professionnels qui œuvrent dans l'un et dans l'autre si l'on veut aborder sérieusement des questions comme celles qui touchent aux inégalités géographiques et sociales de santé, aux processus d'éloignement des droits communs et de "non demande" et "non recours" aux prestations.

2. Dans les associations dédiées à l'EPS

▪ Réseau généraliste des CRES/CODES

Il faut bien identifier les différents types d'exercice de l'éducation pour la santé en région.

Les missions de méthodologie, formation et actions pilotes d'éducation pour la santé auprès de populations devraient être coordonnées par le réseau des CRES/CODES.

Les opérateurs d'actions d'éducation pour la santé auprès de populations spécifiques (femmes et enfants pris en charge par la PMI, enfants scolarisés, personnes âgées) sont et doivent rester multiples. L'appui méthodologique et la formation auprès de ces opérateurs, qui sont des missions des CRES/CODES, mériteraient d'être renforcés.

▪ Organismes thématiques

Les organismes dédiés à des interventions thématiques et regroupés dans les pôles régionaux de compétences, suite aux travaux des SREPS, exercent des fonctions de prévention spécifique importantes. Ils peuvent appuyer leur action préventive sur un volet d'action curative (CSST, ANPAA), sur une fonction de documentation ou sur une dynamique communautaire (AIDES). Ils sont également porteurs d'une expertise très riche dans des domaines spécifiques et peuvent en faire bénéficier les ARS.

Les élus

1. Collectivités territoriales

Les élus des différents échelons des collectivités territoriales ont, à des degrés divers, des compétences particulières en matière de santé publique. Le rôle important qu'ils peuvent jouer dans les instances ordonnées à la santé publique des dispositifs de développement local - Ateliers Santé Ville ou plateforme sanitaire et sociale -, ou leur adhésion aux Villes santé OMS, les inscrivent dans la démarche de la promotion de la santé. Leur vision globale des différentes dimensions de la vie quotidienne des habitants et leurs actions dans le domaine du logement, des équipements, des transports, de l'insertion et de l'emploi en font des acteurs de première ligne de la Promotion de la santé. Il conviendrait de les aider à identifier cette fonction dont ils n'ont le plus souvent pas conscience, leurs représentations de la santé restant trop exclusivement médicalisées. Le Conseil régional, qui, en Aquitaine, n'a pas choisi de se saisir de compétence spécifique en matière de santé, pourrait très bien, par ses politiques transversales et son action sur les déterminants de la santé contribuer à la promotion de la santé. Sa participation au réseau européen « Enrich » montre qu'il en a pris conscience.

2. Caisses d'Assurance Maladie

Les ARS devraient permettre une meilleure inscription des politiques des conseils d'administration des organismes d'assurance maladie dans une approche globale de promotion de la santé impliquant la participation des élus à la définition et à la mise en œuvre des actions de promotion de la santé (exemple de la MSA). En effet, un des paradoxes de l'assurance maladie est que, par le FNPEIS, le FNPEISA et les services éducatifs et

médicaux de bien des caisses, elle concourt très largement au financement et à la mise en œuvre de la politique de prévention alors que certains de leurs services visant l'accès aux dépistages et aux soins peuvent être très éloignés des orientations de cette politique. Le programme 4 des services sociaux des Caisses régionales les incitant à inclure l'aide à l'accès à la complémentaire de la CMU dans le cadre de l'accompagnement de parcours santé va dans le sens de la Promotion de la santé. Le Fonds d'Intervention pour la Coordination et la Qualité des Soins (FIQCS) permet en revanche le financement par l'assurance maladie de certaines prestations de façon dérogatoire.

3. Organisations ou syndicats des professions de santé

Ils sont bien placés pour faire valoir l'apport spécifique de ces professions à la promotion de la santé et pour montrer les conditions qui peuvent le favoriser, à condition de ne pas rester enfermés dans la défense d'intérêts catégoriels.

Les associations d'usagers et de patients

La légitimité des associations de patients, représentées par le Collectif Inter -associatif Sur la Santé en Aquitaine, est aussi indiscutable que reconnue. Leurs moyens, techniques ou matériels, sont parfois trop limités. Leur capacité à se situer dans une démarche de promotion de la santé et à se faire entendre est inégale. Certaines petites associations locales, très reconnues là où elles exercent, souffrent de ne pas être prises en compte au niveau régional.

Acteurs citoyens, ils doivent avoir un rôle clé dans l'alerte sur des problèmes de santé publique au niveau régional comme national et la proposition d'actions de prévention et de recherche actions pour la thématique qui les concerne. Ils sont en effet "experts" de leur problème de santé et doivent être associés à toutes les phases de l'élaboration et la mise en œuvre d'actions de soins et de prévention les concernant. A condition d'être formés sur ce sujet, ils pourraient être associés à la mise en œuvre d'actions d'éducation (d'accompagnement) thérapeutique, dans les établissements de soins ou ailleurs. Certaines associations, agréées pour intervenir dans les établissements scolaires, pourraient y être mieux accueillies si leurs propositions s'intégraient dans les projets d'établissements et les orientations données par les CESC.

Les acteurs économiques : industrie pharmaceutique, industrie agro-alimentaire, professionnels agricoles

Ces acteurs économiques sont bien placés pour exercer une forte influence sur certains déterminants de la santé, notamment le déterminant "nutrition" pour ce qui concerne l'industrie agro-alimentaire. Lui reconnaître une place, sous conditions, comme acteur de la santé peut contribuer à la responsabiliser dans ce domaine. La Chambre d'Agriculture, organisme consulaire, doit être considérée dans ce domaine comme un partenaire influent et efficace.

L'industrie pharmaceutique cherche à se situer comme un partenaire de la santé publique. Les initiatives qu'elle prend parfois dans ce domaine sont à reconnaître.

Il ne s'agit pas, pour autant, de confier à l'industrie agro-alimentaire ou à l'industrie pharmaceutique des tâches d'éducation pour la santé, ce qui serait un mélange des genres dangereux, mais de les interpeller sur l'impact en matière de santé de leurs productions : effets directs, effets de dépendance.

L'intervention des acteurs économiques en promotion de la santé doit être soumise à des règles éthiques fortes (qui sont celles correspondant aux valeurs exprimées dans une charte comme celle existant pour le réseau CRAES-CRIPS/CODES en Aquitaine).

Y-A-T-IL UN ENJEU POUR LA REGION A FACILITER LE REPERAGE DES ACTEURS ET LE PARTAGE D'EXPERIENCE ?

- Afin de travailler ensemble et donc de décloisonner les pratiques, ce qui permet connaissance mutuelle et mise en synergie des ressources,
- En développant le plus possible :
 - des démarches ascendantes partant des situations et des problèmes locaux
 - et des méthodes de santé communautaire, les plus aptes à impliquer les personnes dans le souci de la santé.

Comment l'ARS va faciliter le développement des capacités des acteurs ?

Intégration d'universitaires et de praticiens-chercheurs dans les ARS

Des enseignants, enseignants-chercheurs et chercheurs pourraient aussi faire bénéficier les ARS de leurs compétences pour la coordination d'actions de recherche régionales et pour la conduite de diagnostics et d'évaluations. Ils pourraient également être placés en position d'expertise pour donner des avis sur les orientations à prendre et les recherches -actions à financer.

Il faut saisir l'opportunité de la présence de l'ISPED en Aquitaine et notamment de son master en Promotion de la santé et Développement social pour intégrer plus étroitement des enseignants et des chercheurs au sein de la CRS et des instances de pilotage telles que celle du schéma régional de prévention de l'ARS. La création à l'UFR STAPS d'un master d'Activités physiques adaptées à la santé est aussi une opportunité à ne pas négliger.

Formation spécifique

1. Des animateurs (niveau licence)

Il faut encourager la mise en place (et le maintien) de licences professionnelles et de D.U en promotion de la santé et éducation pour la santé dans les domaines des sciences humaines et de la santé publique.

Ce type de formation devrait être acquis en particulier par tout professionnel souhaitant s'orienter vers l'exercice de l'éducation pour la santé auprès des publics.

Concernant l'éducation thérapeutique du patient, se référer aux textes d'application de la Loi HPST.

2. Des chefs de projets (niveau master)

Il faut développer des formations à la promotion de la santé et à l'éducation pour la santé au niveau master 2 pour former des chefs de projets, des conseillers méthodologiques et des formateurs.

Il est important de trouver de bonnes articulations - apports dans l'enseignement, stages, appui à des études et à l'évaluation - à l'échelon régional, entre les universités et les professionnels spécifiques de la promotion et de l'éducation pour la santé.

Il serait également intéressant de favoriser la concertation entre les équipes qui mettent en œuvre ces masters dans différentes universités.

Pour les acteurs déjà en place, il faudra prévoir une période transitoire de Validation des Acquis et de l'Expérience, démarche individuelle complexe (Cf. Page 3).

3. Débouchés plus stables

La question des débouchés est capitale : s'ils ne sont pas stabilisés, à quoi bon engager des formations diplômantes, à quoi bon vouloir mettre en œuvre des orientations ambitieuses....

4. Dimension recherche

La mise en œuvre, au niveau régional, d'une filière de recherche en promotion de la santé (master recherche puis doctorat) serait souhaitable afin de promouvoir ce domaine de façon stable ; elle se heurte à la structuration par disciplines de la recherche universitaire. Les thèses doivent être encadrées par des personnes habilitées à les diriger, en psychologie, en sociologie, en anthropologie, en sciences de l'éducation ou de la communication.

La dimension recherche se joue à trois niveaux :

- celui de recherches universitaires portant sur les conditions de réalisation des 5 axes stratégiques de la promotion de la santé, qui seront d'autant plus développées que des titulaires de master 2 pourront continuer dans la recherche,
- celui de la réponse à des appels à projets de recherche incitant à la collaboration entre laboratoires de recherche et acteurs de terrain ; citons à ce propos le projet de recherche IReSP Prévention 2007 sur « Cultures professionnelles et culture partagée en éducation et promotion de la santé : ajustement en cours dans le secteur sanitaire, social et éducatif » qui associe l'UMR 5185 ADES, les CEMEA Aquitaine et le CODES 64,
- celui de la multiplicité des procédures associant, dans des programmes pluriannuels, recherche et action, recherche et formation, par une bonne articulation entre équipes universitaires et formateurs en Promotion de la santé.

Les stages d'étudiants en master et les collaborations entre universités et organismes dédiés spécifiquement à la promotion de la santé peuvent être des supports utiles.

A noter : Les médecins titulaires de l'Education Nationale reçoivent une formation en santé publique et en EPS à l'EHESP de Rennes. Les infirmières reçoivent une formation en EPS qu'elles estiment insuffisante, une formation en santé publique (niveau DU) serait nécessaire.

Intégration de la formation EPS/PDS dans les formations initiales des professionnels du diagnostic et du soin

1. Prévention médicalisée

Il faudrait que tous les professionnels en formation initiale acquièrent un socle commun (programme national) de connaissances (avec stages) dans le domaine de la prévention, intégrant toutes les composantes de la prévention. La compétence d'éducateur pour la santé ne serait acquise que si le cursus (licence ou master en éducation pour la santé) est validé.

Il faudrait mettre en place et de façon harmonisée au niveau régional, des modules de formation en éducation thérapeutique dans les IFSI, au niveau du deuxième cycle des études médicales et au niveau du tronc commun des études médicales et paramédicales. Un corpus fort sur les thématiques de l'alcool, du tabac, de la nutrition et de l'activité physique devrait être intégré dans le programme de première année de médecine et dans le concours. Pour le deuxième cycle, parmi les neuf questions de l'examen classant national, deux ou trois pourraient porter sur ces sujets.

2. Education pour la santé

Il faut donner plus de temps et de moyens à ce qui se fait actuellement et permettre aux étudiants d'effectuer des stages dans des organismes dédiés spécifiquement ou pratiquant de manière légitime et reconnue des actions de prévention et d'éducation pour la santé. Il faut également le rendre obligatoire dans le parcours de l'internat de médecine générale. Notons toutefois qu'à l'heure actuelle, c'est le CHU qui paie les stagiaires et que l'agrément des lieux de stage est DRASS-CHU.

Il faudrait mettre en place et de façon harmonisée au niveau régional, des modules de formation en éducation pour la santé au niveau des instances de formation des professeurs des écoles et des Instituts de Travail Social. Un exemple très satisfaisant est la formation à la promotion de la santé et à l'éducation pour la santé des puéricultrices où le programme, longuement mis au point, associe étroitement cadres formateurs de l'école et formateurs du CRAES-CRIPS Aquitaine.

Un module en Education pour la santé (EPS) pourrait être inclus à la formation des professeurs des écoles, maintenant réalisée par l'Université.

Formation des acteurs extérieurs au champ

1. Formations professionnelles courtes délivrées par CRES/CODES et organismes thématiques

Des modules de formation et formations -actions liées à des programmes permettent aux formateurs des CRES/CODES de développer des processus de formation de "relais" auprès de professionnels en relation de première ligne avec les destinataires dans les établissements scolaires, les centres d'animation ou d'action sociale, les unités territoriales d'action sociale, etc.

Il pourrait y avoir un système d'agrément pour la formation continue en éducation pour la santé des professionnels du soin, les membres d'associations de patients, les élus, etc. Ces formateurs devraient en priorité appartenir au réseau CRES/CODES ou bien aux structures thématiques selon le sujet.

La création d'une plateforme régionale (AFCI, CCECQA, CETBA, CFPPS, CRAES-CRIPS Aquitaine) d'offre de formation en éducation thérapeutique du patient est en cours, de même que la réflexion sur la création d'un D.U d'éducation thérapeutique. Des formations inter professionnelles ville hôpital permettront de favoriser une culture commune en éducation thérapeutique du patient.

2. Formations CNFPT

Il faudrait que soient définis avec le CNFPT au moins deux grands types de modules de formation à la promotion de la santé et à l'éducation pour la santé : des modules de base de formation à la démarche éducative dans le cadre de la promotion de la santé et de formation à la méthodologie de projet et d'évaluation ; des modules thématiques de sensibilisation aux principaux risques.

Développement de la recherche

1. Par la formation à la recherche pluridisciplinaire (EHESP)

Il conviendrait que l'EHESP accorde plus d'importance que par le passé à la promotion de la santé ; le master avec Clermont-Ferrand est un premier pas. A quand des articulations avec d'autres établissements pouvant faire de la recherche ?

1. Par des équipes de recherche consolidées associant universités et structures de prévention et soin

Il serait intéressant de créer des liens entre les structures de recherche et les réseaux de santé.

On pourrait imaginer des équipes associant universités et structures de prévention et de soins travaillant par groupes de réflexion, associant chercheurs et enseignants universitaires, cadres techniques de service, et séminaires permettant la confrontation des problématiques et la comparaison des recherches effectuées.

Y-A-T-IL UN ENJEU POUR LA REGION A FACILITER LE DEVELOPPEMENT DES COMPETENCES DES ACTEURS ?

- Il s'agit de définir les compétences et les niveaux de formation qui sont nécessaires pour mener les actions.
- Il faut, en conséquence, introduire des modules dans la formation initiale des professionnels de santé (exemple : l'entretien motivationnel et l'éducation thérapeutique du patient dans la formation initiale des médecins).
- Il apparaît également essentiel de développer la possibilité pour les futurs professionnels de santé, et notamment des étudiants en médecine, d'effectuer des stages au sein des associations.
- Il faut également structurer la filière de formation en éducation pour la santé et en éducation thérapeutique du patient.
- Il apparaît intéressant de développer la recherche avec les associations d'usagers.
- Il faut également valoriser la recherche sur la santé, qui est faite en sciences humaines (sociologie, psychologie, anthropologie, sciences de l'éducation, sciences de la communication).
- Il serait intéressant également de faire en sorte que chaque citoyen soit un éducateur pour la santé ; ce qui suppose une action forte de l'Éducation nationale et de l'Éducation populaire.

Quelles stratégies de reconnaissance et de soutien des acteurs pourraient être mises en œuvre par les ARS ?

Pour les professionnels du soin

Organisation territorialisée de l'offre de santé de proximité

Les actions de prévention peuvent sans doute avoir lieu, avec une meilleure organisation et coordination, dans des lieux identifiés pour cela : des maisons médicales rurales ou "maisons de santé publique" pluri disciplinaires, dans les zones sous-médicalisées et dans des maisons de la Promotion de la santé, sur les quartiers des grandes villes. Il paraît plus cohérent de regrouper sous le même toit toutes les activités d'EPS, plutôt que de voir fleurir des maisons du diabète, des maisons de l'asthme, etc. alors que les professionnels pourraient intervenir sur plusieurs pathologies.

Les actions de prévention peuvent également avoir lieu dans les lieux d'accueil spécialisés selon les pathologies (services hospitaliers, cabinets des spécialistes, etc.)

Il faut favoriser l'exercice regroupé et, notamment, de structures pluri professionnelles intégrant une fonction d'éducation pour la santé. Il faudrait reconnaître en priorité les professionnels du soin participant aux dispositifs territoriaux propices à la Promotion de la santé : Ateliers Santé Ville, centres ressources ou plateformes sanitaires et sociales des contrats de pays, ateliers santé MSA, comités de Promotion de la santé de la mutualité française.

Les expérimentations de délégation des tâches en matière d'éducation thérapeutique du patient pourraient être étendues ainsi que les vacations hospitalières en santé publique et éducation thérapeutique des professionnels libéraux.

Le service de Protection Maternelle et Infantile est une organisation territorialisée de l'offre de santé de proximité avec une coordination départementale. Il serait intéressant qu'il y ait une articulation régionale associée à une régulation nationale, afin d'éviter le démantèlement des services publics départementaux de PMI.

Pour les professions spécifiques de l'EPS

1. Regroupement en région

Le regroupement en région des professionnels exerçant des fonctions d'expertise (conseil méthodologique) et de recherche – formation – action est souhaitable.

Il est nécessaire d'avoir, à l'échelle régionale, un pool de compétences diversifiées pour d'une part l'élaboration des programmes, leur suivi et leur évaluation, d'autre part l'appui méthodologique aux acteurs locaux et la mise en place et la conduite de processus de recherche-action (permettant également la formation de relais parmi les professionnels et les bénévoles des différents terrains).

Le pôle régional de compétences en EPS devra être articulé avec la plateforme régionale d'offre de formation en éducation thérapeutique du patient.

2. Intégration au sein de chaque organisation de proximité, pluridisciplinaire

L'intégration dans les organisations de proximité des professionnels spécialisés en promotion de la santé et Education pour la santé permettrait d'apporter une contribution importante aux interventions éducatives de terrain dans le cadre des programmes locaux ou des déclinaisons locales de programmes régionaux.

Il faut trouver des modes pertinents d'articulation de ces intervenants éducatifs de terrain avec les CESC des établissements scolaires, les établissements éducatifs et sociaux et les mouvements d'Education populaire, les unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) et les Services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP) des établissements pénitentiaires, les instances soucieuses de la promotion de la santé dans les entreprises, les établissements hospitaliers, les centres de rééducation, etc.

Pour les élus

Représentation et lieu d'expression et d'orientation au sein des ARS

Il est important que des élus des collectivités territoriales suivantes : villes membres du réseau des villes –santé OMS, villes, communautés de communes, départements voire région, notamment ceux qui contribuent activement à la mise en œuvre de programmes comme le PNNS, soient représentés dans le cadre d'une instance de consultation donnant des avis et des orientations dans les phases de détermination des priorités et de bilan des programmes réalisés, voire au sein de l'instance décisionnelle de l'ARS.

Pour les associations d'usagers et de malades

1. Soutien méthodologique

Il faudrait mettre à disposition, sur demandes motivées, un appui méthodologique pour le développement des activités de ces associations et permettre, à celles qui le demandent, de bénéficier d'un accompagnement à fonction de régulation, supervision et formation par réflexion sur la pratique.

Il serait intéressant que les associations d'usagers de la santé puissent former des acteurs relais familiaux à l'éducation thérapeutique du patient.

2. Soutien financier par appels à projets simplifiés

Des appels à projets pourraient être, sous réserve de la disponibilité du soutien méthodologique cité ci-dessus, fléchés pour les associations d'usagers et de malades.

Pour les acteurs économiques

Poser un cadre éthique clair en raison des intérêts contradictoires

Il faut définir une charte permettant de délimiter les engagements respectifs et les conditions de collaboration à des manifestations communes de l'ARS et des industriels de la pharmacie et de l'agro-alimentaire.

Cela pourrait déboucher sur la possibilité de délivrer un label qualité santé à des produits de l'industrie agro-alimentaire.

Y-A-T-IL UN ENJEU POUR LA REGION A EVALUER : QUOI ? QUI ? COMMENT ?

- L'évaluation de la mise en œuvre des objectifs éducatifs s'impose et peut très bien être réalisée ; l'évaluation des résultats obtenus est certes très difficile car elle porte sur des éléments qualitatifs mais pas impossible.
- L'écueil principal tient à ce qu'il est très difficile d'isoler l'impact de l'action éducative sur une population étant donné l'ensemble des interactions, souvent d'origine macro-sociale, à laquelle une population est confrontée.
- L'évaluation de l'impact des politiques publiques sur la santé n'est pas encore pratiquée en France, à la différence de ce qui commence à se faire dans certains pays.
- L'appui méthodologique est nécessaire, y compris dans la phase d'évaluation, mais il est difficile à mettre en pratique.
- L'incitation à développer l'évaluation ne sera crédible qu'à condition que les évaluations réalisées soient réellement débattues et prises en compte pour les décisions.

Enjeu 5

Accompagner la mise en œuvre de la politique de prévention et de promotion de la santé

La question de la coordination est centrale

La promotion de la santé est un champ pénétré par une multitude d'acteurs.

La coordination de ces acteurs, dépendants de secteurs différents avec des budgets propres (santé, Education Nationale, collectivités locales, etc.) ou à l'inverse en concurrence au travers d'appels d'offre, est donc la question centrale de l'accompagnement de la mise en œuvre de la politique de prévention et de promotion de la santé.

- **La coordination des acteurs** doit relever de la Conférence Régionale de Santé (CRS). Cependant, pour que la CRS ait les moyens d'influer sur les orientations de la définition des politiques de l'ARS, il faut que se mette en place une réelle coordination des acteurs sur le terrain : les conférences territoriales doivent se mettre en place mais ne plus être uniquement des conférences sanitaires. Elles doivent avoir les moyens d'évaluer les situations, les problèmes et les attentes territoriaux et de les faire remonter vers la CRS.

Cette coordination territoriale est indispensable pour éviter la concurrence des acteurs associatifs mais aussi la concurrence public/privé associatif. Elle doit faciliter au contraire la mise en réseau des acteurs. Il convient de maintenir l'indépendance et la représentativité (des acteurs, des institutions, des usagers et des élus) de la CRS et de la rendre opérationnelle.

L'opérationnalité de la CRS suppose non seulement la coordination territoriale des acteurs, mais aussi :

- la mise à disposition des acteurs d'un pôle de compétences pour garantir la qualité des actions menées. Le pôle aquitain de compétences en éducation pour la santé devra probablement s'élargir dans sa composition et son champ d'intervention pour englober aussi la prévention (médicalisée ?).
 - un partage d'expériences : ce partage pourrait être organisé sur les territoires ou au niveau du pôle de compétences. Cette dernière proposition paraissant plus à même de maintenir le pôle de compétences proche des réalités du terrain.
 - un regroupement des associations d'usagers mais aussi des acteurs au travers de collectifs.
- **La coordination des politiques** s'organise au niveau de la commission de coordination « prévention » de l'ARS. Cette commission doit exister avec une mission définie, un vrai mandat ; en particulier elle doit assurer la coordination avec ceux qui ne sont pas dans les ARS (santé au travail, santé scolaire, PMI). Il est suggéré que cette commission puisse intégrer des membres de la CRS afin d'introduire une représentativité démocratique et un plus grand pouvoir d'orientation.

Toutes les régions doivent-elles pouvoir disposer d'un pôle de compétences en éducation pour la santé ?

Le pôle régional de compétences en éducation pour la santé, référent technique, a pour vocation de mettre en lien et de former les acteurs de l'ensemble du territoire et d'améliorer la qualité des programmes et des actions afin de favoriser à l'optimisation des ressources et de mieux couvrir les territoires au service des populations locales.

En Aquitaine, le pôle régional de compétences est actuellement composé des structures suivantes :

- Association de lutte contre le sida et les hépatites (AIDES),
- Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPAA),
- Réseau aquitain des comités d'éducation pour la santé (CRAES-CRIPS Aquitaine et CODES),
- Groupement de Recherche, d'Interventions et de Consultations sur les Conduites à risque pour les Adolescents et les Parents (GRICA/Association Rénovation),
- Groupe Régional de Recherche et de Réflexion des Intervenants en Toxicomanie et Addictologie d'Aquitaine (GRRITA).

Le pôle de compétences aquitain devra probablement s'élargir dans sa composition et son champ d'intervention pour englober également la prévention.

Les Schémas Régionaux d'Education Pour la Santé (SREPS) ont donné au réseau généraliste des CRES/CODES une fonction de leadership dans le domaine de la promotion de la santé et de l'éducation pour la santé ainsi que quelques moyens d'action dans une phase où ceux-ci se restreignent.

La compétence de ce réseau dans ces domaines est à reconnaître davantage et à consolider. Au niveau national, les rapports avec l'INPES gagneraient à être ré envisagés pour que le réseau ait plus de poids et de moyens. Son appui sur une société savante, comme la SFSP,- ce qui est suggéré dans le rapport Bury - serait par ailleurs un gage d'indépendance et de qualité de sa réflexion.

A l'échelon régional, fort de sa nouvelle structuration, il devrait être le garant des orientations de la promotion de la santé dans l'ARS et y jouer une fonction d'expertise. Les intervenants locaux pourraient être associés plus étroitement aux sites d'intervention : établissements scolaires, structures d'animation et d'activités sportives, entreprises, établissements pénitentiaires, dispositifs de développement social.

La professionnalisation de la prévention passe, pour toutes les régions, par le maintien du réseau des comités d'éducation pour la santé qui anime le pôle de compétences en éducation pour la santé.

Le pôle de compétences doit être un lieu pluri professionnel et pluri institutionnel rassemblant les compétences, les expériences territoriales, départementales et régionales des professionnels de terrain, des associations reconnues dans ce domaine, des universitaires.

Une direction dédiée à l'éducation et la promotion de la santé dans chaque ARS est-elle pertinente ?

L'intérêt de créer une direction dédiée à la prévention au sein des ARS est souligné par tous ; elle doit pouvoir faire lien entre la coordination des acteurs et la coordination des politiques. Toutefois, elle ne doit pas renforcer le clivage entre curatif et préventif. L'organisation mise en place doit garantir un **continuum entre soins préventifs et soins curatifs** et associer approche thématique ciblée sur des populations à risque et approche globale intégrant les aspects systémiques et environnementaux.

Une direction dédiée à l'éducation et à la promotion de la santé dans chaque ARS paraît indispensable pour :

- établir un diagnostic et un constat des situations, problèmes et attentes en matière de santé ;
- définir la stratégie de développement et impulser une dynamique ;
- disposer d'une capacité de pilotage, de régulation, de concertation et de fédération entre les acteurs, qui sont en demande de cela ;
- être responsable des budgets et de la politique d'attribution et éviter de voir disparaître ces fonds dédiés au profit d'autres directions comme celle du soin.

Cette direction régionale comprendrait des agents au niveau régional et d'autres au niveau départemental qui siègeraient dans les commissions départementales.

L'expertise de santé publique doit-elle prévaloir dans la décision SREPS deuxième génération ?

Aujourd'hui la **démocratie sanitaire** fait peu ou pas partie de notre culture professionnelle, ce qui représente un frein au développement de la promotion de la santé en particulier. Il est donc d'autant plus important de veiller à prendre en compte tous les champs intervenant dans ce domaine : champ social, éducatif, environnemental, notion de cohésion sociale, de bien être... ; ceci implique de ne pas oublier la multiplicité des métiers impliqués.

A côté d'autres rationalités comme celle du politique et celle des usagers, l'expertise de santé publique doit prévaloir dans toutes les décisions prises, tant au niveau départemental que régional. D'où l'impérieuse nécessité d'avoir identifié des professionnels de santé publique tant au niveau de leur formation que de leur parcours professionnel.

L'intérêt de travailler avec les universitaires de sciences humaines et sociales de telle sorte que l'élaboration d'une politique de prévention soit fondée sur des données qualitatives (analyse des représentations et les perceptions) comme quantitatives, est souligné.

Est également soulignée la multiplicité des niveaux d'expertise, nationale, régionale et locale qui rend la décision encore plus complexe et la nécessité de coordination plus urgente.

Concernant l'intégration d'enseignants et de chercheurs dans les ARS, il s'agit plus d'une collaboration que d'une intégration à l'ARS où le risque d'une perte d'expertise spécialisée est grand. En outre, la question de la disponibilité va rapidement apparaître tant sont importants les besoins.

Un volet identifié d'éducation et de promotion de la santé dans les PRSP est-il pertinent ?

Dans le cadre des politiques régionales de santé, le Schéma Régional d'Education Pour la Santé (SREPS) vise à organiser un service public d'éducation pour la santé.

Les SREPS doivent se caler sur les autres plans régionaux de santé publique et en activer la partie prévention, ou bien un volet prévention dans chaque plan et un SREPS pour en assurer la cohésion. Partir de chaque plan rendrait plus simple l'organisation et la cohésion des questions de prévention par thématique, le SREPS serait là pour activer, garantir et évaluer.

La Promotion de la santé appelle à partir d'une vision globale et positive de la santé tout en ne négligeant pas le contrepoint négatif de la maladie et la nécessité des préventions spécifiques. Transversale aux différents plans, elle relie mais ne supprime pas les spécificités. Chaque plan régional, sur sa thématique, doit inclure la question de la prévention adaptée à sa thématique. S'il y a une logique générale de développement des ressources de santé et de prévention de leurs atteintes, la prévention du diabète, des caries ou des addictions ne peut pas être traitées de la même façon ni par les mêmes intervenants par exemple.

Un système d'information nécessaire

Les futurs plans régionaux de santé publique doivent être construits à partir du diagnostic de la situation de santé de la population. Pour parvenir à ce diagnostic, l'utilisation des sources suivantes est indispensable : données de l'assurance maladie, données des différents registres, données de morbidité et de mortalité (ORSA), données de l'observatoire social, etc.

A cet effet, il conviendrait de construire un système d'information avec les multiples observatoires existants et les flux d'informations divers. La réflexion pluridisciplinaire, la construction d'un système d'information doit aider à améliorer l'évaluation des actions de prévention et de promotion de la santé.

Enjeu 4

Mettre en œuvre un financement adapté (vertueux, fiable, durable, solide...) de la prévention et de la promotion de la santé

Dans la mesure où la promotion de la santé et la prévention ont pour objet de développer les ressources de santé et de réduire la morbidité et la mortalité prématurées, il est logique qu'une partie de son financement provienne des économies réalisées dans le domaine du soin : aussi il serait souhaitable d'élaborer et mettre en œuvre une méthode permettant de mesurer l'impact médico - économique des programmes et actions de promotion de la santé et de prévention pour aboutir à une estimation des économies réalisées dans le domaine de la morbidité/mortalité prématurée (fongibilité asymétrique).

Le pourcentage doit être aligné sur celui dédié à la prévention dans les pays anglo-saxons.

Respect des promoteurs

Les promoteurs des actions de santé publique ne doivent pas être considérés comme de simples opérateurs. Leur expertise dans l'analyse des besoins doit être reconnue et utilisée dans l'élaboration des politiques de santé publique à tous les niveaux (national, régional et local).

Le refus de certains GRSP de financer des "frais de structure" ou des "frais de fonctionnement", l'affirmation que seuls seront financés (pour partie) les frais directement liés à l'action, ne correspondent pas à la réalité des promoteurs d'action, en particulier lorsqu'ils ont besoin de locaux et de personnel salarié. Il n'est pas possible de dissocier l'action des moyens de l'action. Et se refuser à financer une partie de fonctionnement revient à fragiliser l'action et à remettre en cause sa pertinence et/ou sa pérennité. Et exclure le financement des fonctionnements remettra en cause de nombreuses actions pertinentes car justement basées sur une structure forte capable d'évaluer ses actions dans la durée.

Le respect des promoteurs passe en outre par l'impartialité au niveau de la sélection des dossiers lors de l'instruction, et l'attribution des crédits à temps pour ne pas les fragiliser ni les démotiver.

Accompagnement des promoteurs

La mise en place des pôles de compétences va dans le sens d'une structuration opérationnelle avec de "grandes" associations ressources (dont l'EPS est une activité majeure, et qui sont organisées en réseaux), capables de fournir un conseil méthodologique et un accompagnement à la qualité des actions pour les "petits" promoteurs (pas forcément en taille de structure, mais plutôt en volume d'activité en EPS), dont l'action locale peut s'avérer pertinente car proche de la population cible.

Le réseau CRAES/CODES a un rôle incontournable dans l'accompagnement et le soutien des promoteurs grâce à ses compétences en méthodologie de projet mais aussi sa très bonne connaissance du maillage et des leviers des territoires de proximité.

Un document intitulé "*Recommandations pour une démarche de qualité des actions d'éducation pour la santé en milieu scolaire en Aquitaine*" a par exemple été élaboré par le pôle régional de compétences en EPS, avec la participation de l'Education Nationale. Ce document constitue un cadre de référence pour les actions mises en œuvre auprès des jeunes scolarisés.

FAUT-IL MUTUALISER LES FINANCEMENTS ?

Cette question nécessite de prendre en compte :

- la multiplicité des modes d'intervention dans le champ de la prévention,
- la multiplicité des territoires d'intervention, territoires d'acteurs ou découpages administratifs,
- les multiples données d'observation,
- les déterminants individuels et collectifs de la santé.

Dans le cadre du GRSP, figuraient des financements de l'Assurance Maladie, de l'Etat et des collectivités territoriales qui souhaitaient s'y associer.

Dans le cadre de la mise en œuvre des ARS, il paraît souhaitable de poursuivre cette mutualisation et même d'envisager de l'étendre à d'autres acteurs comme les mutuelles, les industries pharmaceutiques, etc.

Ceci nécessite des règles de partenariat très strictes autour d'objectifs communs et dans un cadre éthique rigoureux.

Dans le cadre de la mutualisation, la question du guichet unique est posée. Un débat s'instaure entre deux positions :

- concentrer l'ensemble des financements de la prévention et de la promotion de la santé sur un guichet unique ;
- donner une visibilité à des actions de prévention et de promotion de la santé mises en œuvre par les collectivités territoriales selon leur propre agenda, cadre de la PMI par exemple, ville santé OMS, etc.

FAUT-IL DES CREDITS SANCTUARISES ET/OU DEDIES ?

Les crédits sanctuarisés sont des crédits attribués à des opérateurs pour des projets pluriannuels. Les crédits dédiés concernent des crédits réservés pour certaines thématiques comme par exemple le dépistage du cancer du sein, du cancer du colon.

Un consensus porte sur la **limitation nécessaire de la procédure d'appel à projet annuel**. Les structures ont en effet des dépenses de fonctionnement, des salaires, des missions pérennes.

La démarche d'appel à projet annuel favorise les situations de concurrence plus que celles de coopération. Elle aboutit à des financements sous forme de « saupoudrage ».

La mise en œuvre de crédits « sanctuarisés », sous forme de **contrat d'objectifs pluriannuels** facilite par contre le recours à des opérateurs professionnels, compétents, coordonnés.

Elle doit permettre le déploiement d'actions dans la durée, territorialement définies et s'accompagner d'un développement de la capacité des acteurs de prévention à s'organiser, à être force de proposition vis-à-vis de l'ARS.

L'attribution d'un financement devra être conditionnée au respect d'un cahier des charges élaboré par la région. Le cahier des charges devra garantir que le conseil méthodologique et l'évaluation soient pris en compte dès le départ.

Est évoquée la mise en place d'un **pôle d'acteurs de prévention** qui serait un interlocuteur pour les ARS dans la mise en œuvre du schéma régional de prévention et du plan stratégique régional de santé qui fixera les orientations et objectifs de santé pour la région.

Ce pôle d'acteurs de prévention devrait être organisé sous forme d'une instance représentative de l'ensemble des associations concernées par la prévention et la promotion de la santé, l'ensemble des institutions concernées comme l'Education Nationale, Jeunesse et sports, la protection judiciaire de la jeunesse, les services de santé au travail, de PMI, etc.

L'enjeu de ce pôle serait donc d'intégrer et de représenter la diversité des acteurs intervenant en prévention, quels que soient les thématiques et les territoires, et de construire à partir de ce regroupement, une forme d'expertise pluraliste au service de la santé publique en région.

Dans cette conformation et dans ses missions, ce pôle d'acteurs de prévention se distinguerait du pôle de compétences dont les missions sont plus orientées vers la documentation, l'appui méthodologique et la formation.

FAUT-IL UNE FONGIBILITE ASYMETRIQUE DES CREDITS ?

Certaines actions de prévention s'intègrent dans un continuum avec le soin, par exemple repérage précoce et intervention brève.

Il paraît difficile de ce fait de constituer des enveloppes étanches ou à fonctionnement asymétrique entre la prévention et le soin.

La mise en œuvre d'une intersectorialité doit prévaloir.

FAUT-IL DES APPELS A PROJET, DES CONVENTIONS D'OBJECTIFS, DES CAHIERS DES CHARGES ?

Dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé, la question du temps est particulièrement importante, à la fois pour déployer des actions répondant à des besoins ou des attentes et mesurer des résultats.

Cela implique une stabilité incompatible avec la procédure d'appel à projet annuel. Celle-ci ne pourrait être légitimée que pour favoriser l'émergence de projets innovants. Seule une évaluation rigoureuse de la pertinence, de la cohérence, des processus mis en œuvre, de l'efficacité de ces projets innovants permettrait d'envisager une pérennisation.

La procédure d'appel à projet ne répond que ponctuellement, là où des opérateurs sont présents et/ou disponibles pour porter un projet répondant à un objectif d'une politique de santé.

Par contre, la mise en œuvre d'un cahier des charges permet de préciser, construire une organisation territorialisée du projet.

La mise en œuvre des ARS doit s'accompagner d'une volonté plus affirmée de couverture territoriale en matière de prévention et promotion de la santé, volonté de réduire les inégalités territoriales.

Le schéma de la prévention devra s'appuyer sur des diagnostics territoriaux, évaluer les moyens mobilisables, les organisations d'acteurs structurées, en capacité de répondre aux objectifs prioritaires de la politique de prévention dans une temporalité déterminée.

La possibilité d'avoir recours à des opérateurs professionnels, compétents, impliqués territorialement nécessite de leur proposer des cursus de formation, la reconnaissance de leurs compétences, les possibilités d'évolution de carrière, ce qui contraste avec la précarisation actuelle de nombreux acteurs associatifs.

Des modalités de financement stabilisées vont de pair avec modalités d'organisations d'acteurs de prévention et de promotion de la santé stabilisées. La hauteur des financements doit être à la hauteur de la politique, des objectifs à atteindre.

L'action d'accompagnement et de soutien méthodologique des promoteurs, sans compétition avec les structures destinataires, doit être financée spécifiquement et de façon pérenne et être dédiée au réseau CRAES/CODES dont c'est le cœur de métier. De même pour la mission de centre ressource documentaire.

Pour ce qui est de la formation des acteurs relais, l'ARS devrait également contracter sous forme de conventions d'objectifs pluriannuelles avec des structures comme le CRAES-CRIPS Aquitaine ou l'ANPAA.

Assurer la visibilité des investissements à chaque financeur

Ceci suppose une comptabilité analytique.

Et il est vraisemblable qu'il n'y aura que très peu de financeurs en dehors de l'Etat et l'Assurance Maladie, concernant des projets d'éducation thérapeutique. Ainsi, il serait plus opportun de centrer la visibilité des financements pour les promoteurs plutôt que les financeurs.

Transparence sur la procédure d'instruction et de sélection

Les GRSP reconnaissent ne pas avoir le temps de lire la totalité du projet soumis ou des bilans d'action précédentes (qu'ils exigent pourtant des opérateurs). Certains décideurs sont également promoteurs d'actions de prévention (ex : CPAM). Ce qui laisse planer un doute sur les critères de sélection des projets. Le critère de sélection "cofinancement" mériterait d'être davantage précisé car il n'est pas toujours lisible pour les promoteurs.

Les procédures d'instruction et de sélection des dossiers devront être accessibles aux membres de la commission prévention des futures ARS.

Pour cela, il faudra faire connaître la grille de sélection aux promoteurs et motiver les raisons du refus du financement.

Pour assurer la transparence sur la procédure d'instruction et de sélection, et éviter les lobbyings et les influences diverses et variées, il serait opportun qu'il existe une commission régionale composée uniquement d'experts de santé publique salariés des ARS, ne faisant partie d'aucune institution (assurance maladie, Hôpitaux, etc.) afin qu'ils ne soient pas juge et partie. Cette commission devrait statuer en dernier ressort. Au niveau départemental, il semble difficile de calquer une telle organisation sauf dans les grandes villes dotées de ces experts. La commission départementale doit, autant que faire ce peut, être impartiale et son avis doit avoir un poids relatif de 49 % dans la procédure d'attribution (51% étant pour la commission régionale). En effet, sa connaissance du terrain et des différents acteurs permettrait de retenir les promoteurs en capacité de développer des actions de prévention sur un territoire donné.

COMMENT LIER FINANCEMENT ET EVALUATION ?

De nombreux PRSP sont en cours d'évaluation et les recommandations qui seront issues de ces évaluations seront communiquées aux directeurs d'ARS.

Ces évaluations doivent permettre d'objectiver les différentes situations régionales, améliorer le management de la prévention et de la promotion de la santé en région. Elles doivent constituer une aide à la décision en matière de programmes à poursuivre ou à réorienter.

Peu d'objectifs quantifiables sont repérés dans les différents programmes constituant le PRSP.

Il s'en suit une discussion sur les différentes attentes vis-à-vis de l'évaluation, développer la culture du rendre compte, développer les évaluations de processus, comparer les coûts efficacité des actions, rechercher les effets généraux des programmes. Au-delà de la mesure du degré d'atteinte de l'objectif initial visé, il paraît important de mesurer tout le long de l'évaluation la qualité du programme développé par une équipe.

L'évaluation d'impact de projets d'éducation pour la santé n'est pas toujours facile à construire, il reste possible de proposer des programmes dissociés d'évaluation d'impact portant sur certaines thématiques.

La place de l'expert dans l'évaluation en prévention et promotion de la santé renvoie encore souvent au modèle de l'essai clinique. L'expertise en santé publique n'est pas obligatoirement universitaire.

L'impact en termes de santé d'actions de prévention ne peut se mesurer que collectivement, d'où la nécessité de construire des évaluations collectives au sein de la région et pas seulement demander à chaque acteur de construire son évaluation.

Qu'il s'agisse d'évaluer la prévention dans ses résultats ou dans ses pratiques, seules des évaluations bien construites reposant sur des dispositifs d'évaluation fiables et rigoureux peuvent être utiles à la décision et permettre de s'orienter sur des financements vertueux, fiables, durables et solides...

Propositions concrètes pour la rédaction des textes réglementaires

Concernant l'enjeu 2

- Ajouter "les associations menant des actions de prévention et de promotion de la santé" dans la liste des offreurs de services en santé,
- Citer les "professionnels de santé publique" parmi les professionnels de santé listés.

Concernant l'enjeu 5

- Construire un préambule dans le Titre III, afin de montrer que le législateur a vu l'étendue du champ même s'il ne met l'accent que sur des aspects spécifiques,
- Rajouter une représentation du terrain dans la commission de coordination prévention en intégrant des membres de la CRS,
- Ajouter un lien fonctionnel fort entre CRS et conférences de territoire,
- Imposer l'existence de conférences de territoire, en prenant soin qu'elles ne soient pas confondues avec les conférences hospitalières de territoire : même entité ou deux avec des noms bien différents,
- Redéfinir la mission de la CRS et du pôle de compétences,
- Renforcer la capacité d'orientation par la commission de coordination des politiques des secteurs « hors ARS » (santé au travail, santé scolaire, PMI),
- Favoriser/inciter les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé à se fédérer.

Concernant l'enjeu 4

- Créer un pôle d'acteurs de prévention qui serait un interlocuteur pour les ARS dans la mise en œuvre du schéma régional de prévention et du plan stratégique régional de santé qui fixera les orientations et objectifs de santé pour la région,
- Ajouter "des associations portant des missions dans le champ de la prévention et de promotion de la santé" parmi les bénéficiaires de contrats d'objectifs et de moyens.