

Sous la direction de
FRANÇOIS BOURDILLON

Agences régionales de santé

Promotion, prévention et programmes de santé

Agences régionales de santé

Promotion, prévention et programmes de santé



Agences régionales de santé

Promotion, prévention et programmes de santé

Sous la direction de
FRANÇOIS BOURDILLON



Direction de la collection **Thanh Le Luong**
Édition **Marie-Frédérique Cormand**

**Institut national de prévention
et d'éducation pour la santé**
42, boulevard de la Libération
93203 Saint-Denis Cedex France

L'INPES autorise l'utilisation et la reproduction des données de ce document
sous réserve de la mention des sources.

Citation recommandée :
Bourdillon F. (sous la direction de). Agences régionales de santé. Promotion,
prévention et programmes de santé. Saint-Denis : INPES, coll. Varia, 2009 : 192 p.

ISBN 978-2-9161-9216-1

Président du groupe de travail

François Bourdillon, groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, président de la SFSP

Membres du groupe de travail

François Baudier, Urcam Franche-Comté

Catherine Bernard, Ddass de Paris

Catherine Bismuth, Cnamts

Marc Brodin, HAD – AP-HP

Delphine Caamano, Drass Ile-de-France

René Demeulemeester, INPES

Christine Ferron, Cres de Bretagne

Alexandra Fourcade, Dhos

Julie Gladin, DGS

Catherine Gerhart, INPES

Albert Hirsch, Ligue contre le cancer

Thomas Jeanmaire, Urcam Franche-Comté

Marie-Christine Keters, Cnamts

François Levent, Drass Pays de la Loire

Pierre Lombrail, Cuesp, université de Nantes

Véronique Mallet, DGS

Martial Mettendorf, DGS

Claude Michaud, Urcam Franche-Comté

Jean-Louis San Marco, Assistance publique-Hôpitaux de Marseille

Christian Saout, Ciss

Françoise Schaetzel, Igas

Françoise Tenenbaum, Conseil régional de Bourgogne, Mairie de Dijon, Unccas

Personnes qui ont contribué à des fiches (hors membres)

Corinne Allieux, Association des coordonnateurs
du dépistage des cancers

Fadi Antoun, Centre de lutte antituberculeuse de Paris

Lucette Barthélémy, INPES

Annette Colonnier, Médecin-inspecteur de santé publique

Françoise Jabot, EHESP

Annie-Claude Marchand, ARH Champagne Ardenne

Françoise Marchand-Buttin, Adeca Paris

Véronique Martin, Kino-Québec, Canada

Marie-Claire Paty, DGS

Stéphane Paul, Igas

François Petitjean, EHESP

Christine Piau, Médecin-inspecteur de santé publique

Daniel Rivière, Drass Pays de la Loire

Éric Schwartzentruber, Médecin-inspecteur de santé publique

Bernard Topuz, PMI Yvelines et SFSP

Personnes auditionnées

Agnès Alexandre-Bird, Ddass Isère
Léopold Carbonnel, GRSP Paca
Marcelle Delour, PMI de Paris
Paul Frimat, CHU de Lille
Luc Ginot, Ville d'Aubervilliers et Conseil national des villes
Pascale Giry, Drass Ile-de-France
Albert Godal, Ddass Yvelines et DGS
Mireille Grellou, Rectorat de l'académie de Nantes
Jeannette Gros, Conférence régionale de santé de Franche-Comté
Jean Hébert, Association Horizon
Alice Kopel, Drass Ile-de-France
Marine Ledrans, Cire Antilles-Guyane
Anne Le Gall, GRSP Pays de la Loire
Hélène Lepoivre, Ville de Nantes
André-Marie Loock, Urcam Nord-Pas-de-Calais
Zeïna Mansour, Cres Paca
Fanny Mietlicki, BruitParif
Jean-François Nicolas, Conseil général Saône-et-Loire, GRSP
Michel Nougairede, Paris VII
Valérie Olagnier, Drass Rhône-Alpes
Isabelle Plaisant, Drass Languedoc-Roussillon
Jean-Luc Potelon, EHESP
Yorghos Remvikos, universitaire, Association France nature environnement
Hugues Riff, Drass Paca
Daniel Rivière, Drass Pays de la Loire
Charles Saout, DGS
Marc Schoene, Centre de santé de Seine-Saint-Denis et Institut Renaudot

Personnes consultées

Colette Bauby, PMI Hauts-de-Seine
Laurent Chambaud, Igas
Jean-François Collin, université de Nancy
Marie-Christine Colombo, PMI Meurthe-et-Moselle
Jean-Pierre Couteron, Anitea
Alain Douiller, Codes de Vaucluse
Yvette Gautier, PMI Loire-Atlantique
Annie Genevard, maire de Morteau
Corinne Mayer, PMI Gironde
Alain Morel, Fédération française d'addictologie
Alain Rigaud, Anpaa
Isabelle Rolland, animatrice territoriale de santé du Pays Centre Ouest Bretagne
Brigitte Sandrin Berthon, Cres Languedoc-Roussillon
Pierre Suesser, PMI Seine-Saint-Denis

Sommaire

13	Le pôle Promotion, prévention et programmes de santé des ARS version courte
21	Le pôle Promotion, prévention et programmes de santé des ARS version longue
45	Fiches
47	Définitions
48	Fiche 1 Promotion de la santé
60	Fiche 2 Prévention
63	Fiche 3 Région, département, commune
69	Fonctions, compétences, territoires
70	Fiche 4 Intersectorialité et interministérialité
73	Fiche 5 Les relations avec les acteurs
78	Fiche 6 Relations entre les ARS et l'INPES
82	Fiche 7 Territoire, santé et prévention
87	Promotion de la santé
88	Fiche 8 Santé environnement
96	Fiche 9 Protection maternelle et infantile
101	Fiche 10 Santé scolaire
104	Fiche 11 Santé en entreprise
109	Prévention médicalisée
110	Fiche 12 Vaccinations
114	Fiche 13 Dépistage organisé des cancers

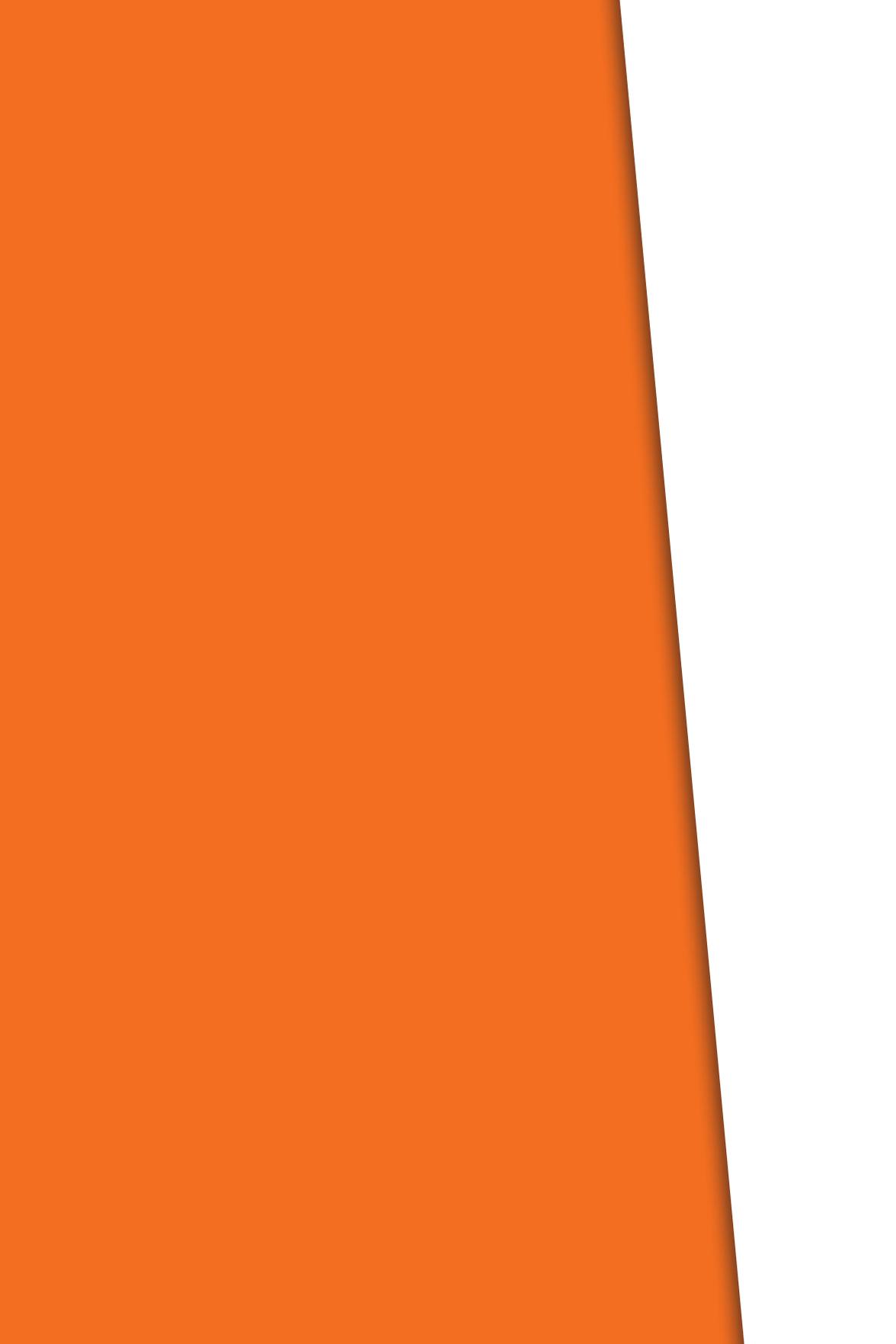
- 117 | Fiche 14 | **Éducation thérapeutique du patient**
121 | Fiche 15 | **Organisation de la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques au niveau régional**
126 | Fiche 16 | **Examens périodiques de prévention en médecine générale**
131 | Fiche 17 | **ARS et politique de lutte contre les addictions**
137 | Fiche 18 | **Lutte antituberculeuse**

143 | Outils

- 144 | Fiche 19 | **Éducation pour la santé**
149 | Fiche 20 | **Pôles régionaux de compétence en éducation pour la santé**
156 | Fiche 21 | **Méthodes et outils**
162 | Fiche 22 | **Évaluation et pôle de santé publique**
169 | Fiche 23 | **Financement de la politique régionale de santé publique**
173 | Fiche 24 | **Outil d'observation et de suivi cartographique des actions régionales de santé (Oscars)**

177 | Annexes

- 181 | Annexe 1. Références bibliographiques
182 | Annexe 2. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé
186 | Annexe 3. Principaux sigles



**LE PÔLE PROMOTION, PRÉVENTION
ET PROGRAMMES DE SANTÉ DES ARS**
(VERSION COURTE)

Le pôle Promotion, prévention et programmes de santé des ARS (Version courte)

La création des agences régionales de santé (ARS) témoigne de la volonté politique de donner un pilotage régional et unifié au système de santé. L'un des enjeux majeurs de cette réforme est de mieux concilier les orientations fixées au niveau national avec les besoins et spécificités de chaque région ou territoire. Sans aller jusqu'à une véritable régionalisation de la santé, cette réforme confirme le processus d'émergence des politiques régionales de santé initié en 1996 et confirmé en 2004. Elle a pour objectif également de mieux prendre en compte les logiques de santé publique et, en particulier, de rééquilibrer les approches curatives et préventives. Il s'agit de promouvoir des politiques publiques favorables à la santé dans une perspective interministérielle et intersectorielle. Il s'agit de mieux intervenir sur tous les déterminants de santé afin de réduire les inégalités, sociales et géographiques, de santé.

Un groupe de travail s'est réuni durant le premier semestre 2009 afin de déterminer l'organisation qui pourrait être proposée aux directeurs d'ARS pour prendre en compte dans les meilleures conditions la prévention et la promotion de la santé. Ce rapport est le fruit de sa réflexion. Le groupe propose la création d'un pôle Promotion, prévention et programmes de santé.

LE CHAMP D'INTERVENTION : PROMOTION, PRÉVENTION ET PROGRAMMES DE SANTÉ

Il relève de la santé publique. L'intérêt d'une telle approche est d'éviter tout nouveau cloisonnement et de pouvoir intégrer les champs du soin, de la

prévention, du médico-social et du social, au sens le plus large, dans une logique de promotion de la santé.

La promotion de la santé (cf. fiche 1) désigne à la fois :

- Une stratégie d'action collective et un cadre de référence international – un processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci (charte d'Ottawa 1986, cf. annexe 2) ;
- Une démarche professionnelle, c'est-à-dire un ensemble de pratiques spécialisées visant le changement des comportements humains et des environnements sociaux liés à la santé (O'Neill, 1998).

La prévention (cf. fiche 2) vise, elle, à empêcher la survenue ou l'aggravation de la maladie en réduisant ou supprimant les facteurs de risque, en organisant le dépistage, en évitant ou retardant les complications, ou en favorisant la réinsertion des personnes atteintes.

Les programmes de santé répondent à une méthode basée sur l'analyse de l'état de santé ou des besoins, la définition d'actions et leur planification, le suivi de ces programmes et l'évaluation. Ils s'appuient sur des orientations nationales ou régionales. Au plan régional, les programmes de santé reposent sur la déclinaison des orientations nationales obligatoires, l'adaptation des autres orientations nationales en fonction des contingences régionales, et sur les orientations régionales liées aux spécificités locales.

L'APPROCHE SANTÉ PUBLIQUE

Afin de pouvoir développer une politique de promotion de la santé et de prévention, une ARS doit être en mesure de s'inscrire dans une démarche de santé publique. Ses objectifs consistent à :

- Analyser l'état de santé des populations et ses déterminants ;
- Définir les priorités de santé ;
- Organiser le dispositif de manière globale par l'approche interministérielle et intersectorielle qui permet de mettre en œuvre ces priorités ;
- Évaluer les actions, programmes et dispositifs mis en œuvre.

L'ARS doit ainsi être capable d'organiser l'observation, c'est-à-dire de coordonner les différentes sources d'information en santé, d'évaluer l'exposition des populations aux différents risques et d'estimer leur impact sanitaire.

EN MATIÈRE DE PRIORITÉS

Les ARS doivent prendre en compte les priorités nationales et disposer d'une marge d'initiative additionnelle propre. Cette démarche doit déboucher sur des programmes avec la définition d'objectifs et de mesures, l'attribution de moyens financiers et la mise en place de dispositifs de suivi et d'indicateurs d'évaluation.

EN MATIÈRE D'ORGANISATION

- **Il importe de ne pas fondre les activités de sécurité sanitaire dans celles de promotion de la santé et de prévention.** En effet,
 - ces dernières ont besoin de temps pour se mettre en place ; elles ne doivent pas être « parasitées » en permanence par les crises de sécurité sanitaire chronophages, coûteuses, et qui nécessitent une mobilisation dans l'urgence ;
 - les modes d'action et le savoir-faire dans ces deux champs ne sont pas identiques, même si ces deux activités concourent à une action générale de prévention en santé publique.
- **Il convient de croiser l'approche par populations, par milieux, par pathologies..., et celle tenant compte des dimensions interministérielle et intersectorielle.**
- **Il faut développer la fonction de plaidoyer** (« *advocacy* »), l'ARS se faisant l'avocat de la protection de la santé des personnes et de la population auprès des instances ne dépendant pas directement de la Santé, dont les décisions ont néanmoins des conséquences sur la santé des populations. Elle le fera d'autant mieux qu'elle saura organiser une mise en débat de ses orientations en promouvant une approche participative, depuis la recherche d'un diagnostic partagé de la situation épidémiologique jusqu'à l'élaboration des hypothèses d'intervention et à la mise en œuvre des actions.

EN MATIÈRE D'ÉVALUATION

Le pôle Promotion, prévention et programmes de santé, avec les autres composantes de l'ARS, aura à commanditer et à restituer quatre types d'évaluation :

- L'évaluation de la politique menée par l'ARS en matière de promotion de la santé et de prévention ;
- L'évaluation des programmes et dispositifs (accès aux soins, réseaux, etc.) les plus structurants conduits dans le cadre du dispositif général et dans celui des priorités régionales ;
- L'évaluation des actions déployées sur le terrain ;
- L'évaluation d'éventuelles actions innovantes.

Ces évaluations ne font pas appel aux mêmes critères de jugement, ni au même dispositif de conduite du processus évaluatif. Les évaluations conduites par l'ARS seront pertinentes si elles se dotent d'une approche méthodologique solide et qu'elles respectent les principes qui ont été définis (*cf.* fiche 22).

QUELS TERRITOIRES ?

(*Cf.* aussi fiche 3 : Région, département, commune et fiche 7 : Territoire, santé et prévention)

La prévention, plus encore que les soins curatifs, est un puissant facteur d'accroissement des écarts de santé lorsque son accès n'est pas organisé, struc-

turé, et ne favorise pas une participation réelle de la population. L'organisation territoriale est donc un enjeu majeur.

Il est indispensable de trouver un nouvel équilibre entre plusieurs niveaux : national, régional, territoire de santé, territoire de proximité. Les ARS vont avoir à prendre des orientations régionales fortes et structurantes en matière de prévention et à encourager des initiatives de proximité. *Cela ne sera possible qu'en donnant aux collectivités territoriales une place reconnue (cf. fiches 3 et 7), en sachant qu'aucune politique de santé publique et de prévention ne peut se bâtir sans elles.* Cette orientation est indispensable, au moins pour deux raisons liées aux concepts fondateurs de la santé publique et de la prévention :

- La nécessité d'agir sur tous les déterminants de la santé ; beaucoup ne relèvent pas de notre système de santé et l'aménagement du territoire en est une composante forte (mais pas la seule) ;
- L'importance de se situer au plus près de chaque citoyen ; la conséquence directe en est l'exigence de s'inscrire dans des dynamiques impliquant les acteurs du plus petit niveau de découpage territorial français, la commune, voire le quartier et les organisations de la société civile.

UNE ORGANISATION MATRICIELLE DU PÔLE PROMOTION, PRÉVENTION ET PROGRAMMES DE SANTÉ

L'enjeu du pôle Promotion, prévention et programmes de santé de l'ARS sera de mettre en place une stratégie de promotion de la santé et de prévention au niveau régional. Il devra assurer le fonctionnement du dispositif général et permanent de santé publique, tout en développant une approche par des programmes régionaux.

PRINCIPES DE L'ORGANISATION

Elle vise à croiser les différentes approches dans une logique matricielle.

Une approche par thématiques

Il faut être conscient que les ARS auront besoin de spécialistes pour les grandes thématiques de santé publique : approches par populations, par pathologies, par milieux, par déterminants, voire par outils – investigation épidémiologique, savoirs en éducation pour la santé ou en promotion de la santé. Ces approches correspondent, souvent, à des métiers bien identifiés. Toutefois, il faut éviter à tout prix la mise en place d'une organisation en tuyaux d'orgues. C'est l'enjeu de cette nouvelle organisation.

Une approche par programmes

Il faut inciter les professionnels en charge des différentes thématiques (compétences verticales traditionnelles) à travailler également dans des logiques de

programmes ou de projets intégrant l'ensemble des dimensions : observation, promotion de la santé, prévention, soins mobilisant l'ensemble des acteurs de la santé publique, qu'ils soient publics ou privés.

Une approche intégrée

Cette façon de faire est susceptible d'interférer avec les autres pôles de l'ARS. Il convient en outre d'associer les acteurs médicaux et non médicaux dans ce travail, et de faire en sorte que la santé soit intégrée au sein de projets qui ne sont pas toujours prioritairement axés sur la santé.

La transversalité de ce mode de travail représente la garantie d'une action globale et « impactante » de l'ARS dans le territoire de sa compétence.

À titre illustratif est fournie une série de fiches thématiques détaillant les enjeux, les logiques d'actions, le rôle d'une ARS dans plusieurs thématiques (*cf.* le rapport complet).

L'ORGANISATION DU PÔLE PROMOTION, PRÉVENTION ET PROGRAMMES DE SANTÉ - LE PÔLE « 3PS »

Le pôle Promotion, prévention et programmes de santé des futures ARS pourrait être organisé de la manière suivante :

■ **Un département promotion de la santé**, qui a pour mission d'agir sur les environnements et sur les comportements. Son champ est celui des déterminants de santé, de l'éducation pour la santé (*cf.* fiche 19), des lieux et milieux de vie : santé familiale et infantile (*cf.* fiche 9), école (*cf.* fiche 10), milieu du travail (*cf.* fiche 11), habitat/domicile, territoires, santé environnementale (*cf.* fiches 3 et 8).

■ **Un département prévention et conduites de politiques spécifiques**, qui a pour mission d'une part de prévenir les maladies, les complications et d'améliorer la qualité de vie, et d'autre part de piloter les politiques de santé régionales dans certains domaines comme la lutte contre les addictions. Son champ est celui de la vaccination (*cf.* fiche 12), du dépistage (*cf.* fiche 13), de l'éducation thérapeutique (*cf.* fiche 14). Il prend en compte les dispositifs spécialisés de prévention et de soins qui relèvent de l'État (*cf.* fiches 16 à 18) et les programmes de gestion des risques de l'Assurance maladie. Il favorise l'intégration de la prévention dans les pratiques cliniques du médecin traitant (*cf.* fiche 16) et l'accompagnement personnalisé du patient dans le parcours de soins pour mieux répondre à ses besoins (*cf.* fiche 15).

■ **Une cellule d'appui méthodologique** pour aider sur toutes les questions relatives à la méthodologie et aux outils dans le champ de la promotion de la santé, la prévention, l'éducation pour la santé et l'éducation thérapeutique. Son champ est l'ingénierie et la conduite de projets, la promotion des référentiels et des outils, le diagnostic, la création d'indicateurs, l'évaluation, et la recherche et l'expérimentation.

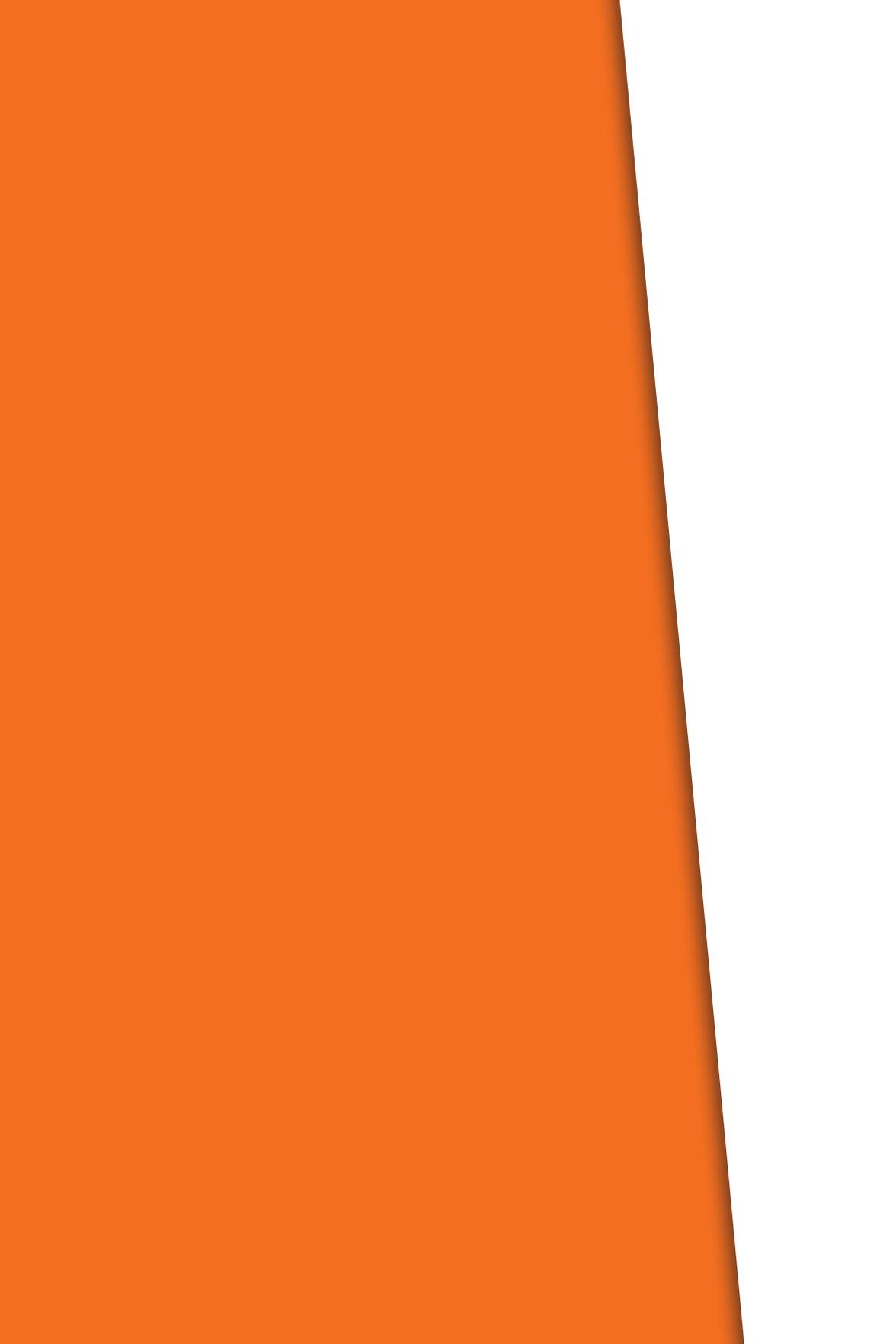
LES ALLOCATIONS DE RESSOURCES : QUELQUES RECOMMANDATIONS

Les ARS vont être des acteurs centraux en termes de financement ; *il est important de mettre en place une politique de financement sur la base de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM)* pour permettre le déploiement d'actions dans la durée, sur des territoires définis, mais aussi pour soutenir les acteurs structurants en promotion de la santé ou en éducation pour la santé.

L'ARS doit déterminer la part de son budget consacrée à la prévention, l'un des objectifs de la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) étant d'aller vers un équilibre des financements entre soins et prévention (auquel viendra s'ajouter le principe de « fongibilité asymétrique »). Pour satisfaire ce rééquilibrage, il est souhaitable de permettre une progression des budgets consacrés à la prévention pour atteindre 10 % des dépenses de santé en 2012, conformément à l'engagement du président de la République¹ et à la demande de l'OMS, soit une augmentation de 3 points de la part des dépenses de santé en deux ans. Compte tenu de l'enjeu, il est souhaitable qu'un engagement de traçabilité de la mise en œuvre de cette mesure soit pris ; par exemple, de lui consacrer une annexe spécifique du rapport de la Cour des comptes.

L'ARS doit aussi considérer les sources alternatives de financement (agences sanitaires – INPES, INCa –, CNSA, Mildt, Cnamts, mutuelles, fondations, collectivités territoriales, etc.) qui existent dans le champ de la prévention et prendre en compte des financements européens comme, par exemple, le Fonds social européen pour les contrats urbains de cohésion sociale.

1. Discours de M. le président de la République sur le thème de la politique de la santé et de la réforme du système de soins. Bletterans, jeudi 18 septembre 2008.



**LE PÔLE PROMOTION, PRÉVENTION
ET PROGRAMMES DE SANTÉ DES ARS**
(VERSION LONGUE)

Le pôle Promotion, prévention et programmes de santé des ARS (Version longue)

La création des agences régionales de santé (ARS) témoigne de la volonté politique de donner un pilotage régional et unifié au système de santé. L'un des enjeux majeurs de cette réforme est de mieux concilier les orientations fixées au niveau national avec les besoins et spécificités de chaque région ou territoire. Sans aller jusqu'à une véritable régionalisation de la santé, cette réforme confirme le processus d'émergence des politiques régionales de santé initié en 1996 et confirmé en 2004. Elle a pour objectif également de mieux prendre en compte les logiques de santé publique et, en particulier, de rééquilibrer les approches curatives et préventives. Il s'agit de promouvoir des politiques publiques favorables à la santé dans une perspective interministérielle et intersectorielle. Il s'agit de mieux intervenir sur tous les déterminants de santé afin de réduire les inégalités, sociales et géographiques, de santé.

Un groupe de travail s'est réuni durant le premier semestre 2009 afin de déterminer l'organisation qui pourrait être proposée aux directeurs d'ARS pour prendre en compte dans les meilleures conditions la prévention et la promotion de la santé. Ce rapport est le fruit de sa réflexion. Le groupe propose la création d'un pôle Promotion, prévention et programmes de santé.

LE CHAMP D'INTERVENTION : PROMOTION, PRÉVENTION ET PROGRAMMES DE SANTÉ

Il relève de la santé publique. L'intérêt d'une telle approche est d'éviter tout nouveau cloisonnement et de pouvoir intégrer les champs du soin, de la

prévention, du médico-social et du social, au sens le plus large, dans une logique de promotion de la santé.

Contrairement à ce qui se fait dans de nombreux pays, la promotion de la santé n'a jamais été dans notre pays un axe de nos politiques de santé, et la prévention a été longtemps le parent pauvre de notre système de santé. Il faut d'ailleurs souligner que les concepts et les définitions de ces domaines ne sont pas totalement connus de tous ou bien compris. Il est donc important de les préciser à nouveau.

LA PROMOTION DE LA SANTÉ (cf. fiche 1)

Elle désigne à la fois :

- Une stratégie d'action collective et un cadre de référence international – un processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci (charte d'Ottawa 1986, cf. annexe 2) ;
- Une démarche professionnelle, c'est-à-dire un ensemble de pratiques spécialisées visant le changement des comportements humains et des environnements sociaux liés à la santé (O'Neill, 1998).

La charte d'Ottawa propose cinq axes d'intervention : promouvoir des politiques publiques de bonne santé, créer des environnements favorables, réorienter les services de santé, renforcer l'action communautaire et acquérir des aptitudes individuelles¹ (cf. fiche 1 : Promotion de la santé).

L'un des enjeux majeurs en promotion de la santé est de donner la priorité à la réduction des inégalités sociales de santé. Afin de développer une meilleure organisation, il paraît important de :

- Impliquer les ARS dans l'ensemble des champs touchant à la santé ;
- Pouvoir intervenir dans les politiques autres que sanitaires, comme au Québec où le responsable de la politique de santé publique peut interférer au niveau des autres politiques en s'appuyant sur des études d'impact sur la santé ;
- Faire travailler, sur des projets partagés de santé publique, tous les acteurs de proximité de la prévention, du soin (ville et hôpital), du médico-social ainsi que du social ;
- Impliquer les élus locaux dans le champ de la santé ;
- Développer la démocratie sanitaire, seule capable de faire émerger des projets locaux.

Ces points sont autant de leviers pour la mise en œuvre d'une politique de promotion de la santé (cf. encadré 1).

1. Deschamps Jean-Pierre. La promotion de la santé. In : Bourdillon François (dir.). *Traité de prévention*. Paris : Flammarion Médecine-Sciences, 2009 : 89-93.

LA PRÉVENTION

La promotion de la santé comprend l'ensemble des actions concourant à la santé de la population, en renforçant notamment les compétences psychosociales des individus et des groupes, contrairement à la prévention qui vise à empêcher la survenue ou l'aggravation de la maladie en réduisant ou supprimant les facteurs de risque, en organisant le dépistage, en évitant ou retardant les complications, ou en favorisant la réinsertion des personnes atteintes. La prévention apparaît ainsi comme un champ d'intervention au même titre que le soin ou le travail social. La classification de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), calquée sur le soin selon le stade de la maladie (prévention primaire, secondaire ou tertiaire), semble aujourd'hui de moins en moins adaptée (cf. fiche 2 : Prévention).

Une société fonde sa politique générale de prévention sur l'analyse du risque : sa gravité, l'interaction avec d'autres risques, et la perception de ce risque par les individus ou groupes de populations. L'enjeu est de prendre en considération l'ensemble des facteurs de risque, qu'ils soient liés aux modes de vie, à l'alimentation ou aux milieux.

Les politiques de prévention dont le but est de supprimer ou de réduire les risques visent à créer une culture de gestion des risques basée sur la participation de chacun à la gestion de sa santé.

LES PROGRAMMES DE SANTÉ

Ils répondent à une méthode basée sur l'analyse de l'état de santé ou des besoins, la définition d'actions et leur planification, le suivi de ces programmes et l'évaluation. Ils s'appuient sur des orientations nationales ou régionales. Au plan régional, les programmes de santé reposent sur la déclinaison des orientations nationales obligatoires, l'adaptation des autres orientations nationales en fonction des contingences régionales, et sur les orientations régionales liées aux spécificités locales.

ENCADRÉ 1

LES LEVIERS D'UNE ORGANISATION RÉGIONALE POUR PROMOUVOIR LA SANTÉ

- Être à l'écoute des besoins des citoyens (élus, usagers, patients, etc.);
- Développer la fonction d'animation et/ou de coordination locale en santé;
- Nouer des liens forts avec les collectivités territoriales afin d'avoir la vue la plus exhaustive possible des actions de santé menées dans la région;
- Structurer l'intervention de ces acteurs (soutien financier, accompagnement, appui méthodologique, etc.);
- Identifier les acteurs de la promotion de santé;
- Favoriser l'émergence de relais infrarégionaux (ateliers santé-ville, etc.).

UNE DÉMARCHÉ : L'APPROCHE SANTÉ PUBLIQUE

Afin de pouvoir développer une politique de promotion de la santé et de la prévention, une ARS doit être en mesure de s'inscrire dans une démarche de santé publique. Ses objectifs consistent à :

- Analyser l'état de santé des populations et ses déterminants ;
- Définir les priorités de santé ;
- Organiser le dispositif de manière globale par l'approche interministérielle et intersectorielle qui permet de mettre en œuvre ces priorités ;
- Évaluer les actions, programmes et dispositifs mis en œuvre.

ANALYSER L'ÉTAT DE SANTÉ DES POPULATIONS ET LES RISQUES SANITAIRES

Les besoins d'information sur l'état de santé de la population sont l'un des enjeux des politiques régionales de santé publique. L'information en santé, dans ce domaine, est cruciale pour définir l'orientation des programmes régionaux de santé et mener des évaluations, mais aussi pour informer la population et ses élus sur l'état de santé, les problèmes prioritaires de santé et les principaux déterminants de celle-ci sur la région, ou sur tel ou tel territoire, ou pour telle population particulière...

Il existe de nombreuses sources de données régionales issues d'études épidémiologiques ou d'analyses statistiques de bases de données. Elles sont menées par de multiples opérateurs : les cellules interrégionales d'épidémiologie (Cire), les observatoires régionaux de la santé (ORS), les registres, les hôpitaux, les Drass, les Ddass, les Urcam, l'Inserm, etc.

Parmi elles, il faut insister sur le rôle clé des :

- Cire, qui ont une place importante d'investigation épidémiologique ;
- ORS, qui observent l'état de santé à l'échelon régional et infrarégional avec un effort d'harmonisation mené au niveau national par la Fédération nationale des ORS (Fnors). Ainsi peut-on, aujourd'hui, disposer de tableaux de bord régionaux, d'une base de données SCORE-Santé et de nombreuses études. Ce dispositif, financé essentiellement par l'État et les collectivités territoriales, mérite d'être soutenu car il fournit des données pour la constitution du programme régional de santé publique (PRSP), du schéma régional d'organisation sanitaire (Sros) et du programme régional commun de l'Assurance maladie (PRC-AM). Ces données de santé seront très utiles pour la réalisation du schéma régional de prévention ;
- Ddass, pour l'eau de consommation et les eaux de loisirs principalement.

Il convient de souligner aussi l'importance de disposer d'analyses de certaines bases de données, parmi lesquelles :

- Le PMSI, qui permet de mesurer l'activité hospitalière, les flux, et de suivre des indicateurs de santé ;
- Les données de l'Assurance maladie sur les remboursements (avec un échantillon permanent) mais aussi sur les affections de longue durée. Les

analyses centrées sur les médecins traitants donnent un regard sur l'activité ambulatoire, les pathologies rencontrées et sur les pratiques professionnelles. Elles peuvent aussi être utilisées pour la constitution d'indicateurs de santé. Par ailleurs, elles permettent des études fines sur les territoires (niveau communal) ;

- Les « Baromètres santé » de l'INPES, qui se déclinent pour certaines régions au niveau régional et sur certaines thématiques : Baromètre santé-environnement, Baromètre santé nutrition, par exemple ;
- « Oscars » : Observation et suivi cartographique des actions régionales de santé. Conçu par le Cres Paca et financé dans un premier temps par l'État et l'Urcam Paca, il est devenu, dans cette région, un outil de pilotage et de suivi du groupement régional de santé publique (cf. fiche 24) ;
- Les bases de données des structures en charge de l'observation de la qualité des milieux de vie : associations agréées de surveillance de la qualité de l'air (Aasqa), observatoires du bruit, Réseau national de surveillance aérobiologique, etc.

À toutes ces données permanentes s'ajoutent celles de recherches et d'études menées sur des thématiques particulières par les différents acteurs du champ de la santé : Inserm, CNRS, ANRS, InVS, INCa, Anact-Aract, INRS, hospitaliers, sociétés savantes, ou d'autres acteurs (Aasqa pour l'air, observatoires du bruit, CSTB pour l'air intérieur, etc.).

Le Haut Conseil de la santé publique², dans ses préconisations, a suggéré une meilleure coordination de l'observation de la santé, « pour exploiter au mieux les données disponibles et pour disposer d'indicateurs fiables et comparables d'un territoire à l'autre ». Il recommande :

- L'élaboration au niveau national de cahiers des charges de l'observation de la santé ;
- « de confier aux ARS la responsabilité d'organiser la mise en œuvre régionale de ces cahiers des charges ». Elles pourraient en assurer en partie la charge ou la déléguer. Les auteurs plaident plutôt pour un pôle régional externe à l'ARS pour mieux partager les diagnostics, « condition, dans un contexte de difficultés croissantes (démographie médicale, équilibre financier), d'une mobilisation et de changements ».

L'ARS doit ainsi être capable d'organiser l'observation, c'est-à-dire de coordonner les différentes sources d'information en santé, d'évaluer l'exposition des populations aux différents risques et d'estimer leur impact sanitaire. Il s'agit là d'une fonction transversale à l'ensemble des pôles de l'ARS (cf. les recommandations du groupe de travail observation).

2. Haut Conseil de la santé publique. *Les politiques régionales de santé publique. Éléments de constat et préconisations dans le contexte de la loi « Hôpital, patients, santé et territoires »*, octobre 2008.

DÉFINIR LES PRIORITÉS DE SANTÉ À L'ÉCHELON RÉGIONAL

C'est un enjeu important et complexe. Le HCSP³ a souligné les ambiguïtés qui existent entre priorités et objectifs. Il faut dire que le paysage français manque de lisibilité : aux plans nationaux de santé publique se sont ajoutés les cent objectifs de la loi de santé publique de 2004 et, depuis, de nouveaux plans nationaux. De plus, les opérateurs nationaux et régionaux se sont inscrits dans des logiques institutionnelles séparées : les professionnels de santé publique ont établi un plan régional de santé publique, les hospitaliers un schéma régional d'organisation des soins, l'Assurance maladie a son propre plan régional, et les acteurs du champ médico-social leur programme interdépartemental d'accompagnement de la perte d'autonomie.

Le HCSP a réalisé une analyse de la mise en œuvre des PRSP soulignant la difficulté de juxtaposer les réponses aux besoins pérennes de santé et aux nouvelles priorités de santé.

Le HCSP préconise des priorités très argumentées, ayant une portée stratégique forte et surtout moins nombreuses, et de laisser aux régions une marge d'initiative additionnelle propre. Cette démarche doit déboucher sur des programmes avec la définition d'objectifs et de mesures, l'attribution de moyens financiers et la mise en place d'indicateurs de suivi et de dispositifs d'évaluation.

Ces priorités orientent des actions permanentes menées au quotidien en matière :

- De promotion de la santé et de prévention ;
- De soins ou de réadaptation ;
- Ou bien autour des populations : petite enfance, travailleurs, publics préca-risés, personnes âgées...

Ces actions constituent un dispositif qui doit être maintenu et développé sous la responsabilité des ARS et d'autres partenaires tels que les PMI, la santé scolaire, la santé au travail, etc. Il faut souligner, dans ce cadre, le rôle assuré par les médecins et pharmaciens inspecteurs, les ergonomes des Cram, les ingénieurs sanitaires dans les Ddass et les Drass qui s'assurent du respect des normes sanitaires en matière de fonctionnement et d'environnement (hygiène, qualité de l'eau, de l'air, des sols, de l'habitat, etc.).

DÉFINIR LE RÔLE DES ACTEURS ET AGENCER LES DISPOSITIFS NÉCESSAIRES À LA MISE EN ŒUVRE DE CES PRIORITÉS

Comme pour le dispositif que l'on s'est attaché à construire depuis quarante ans à travers notamment les Sros, il convient de structurer une politique de promotion de la santé et de prévention. Les Sreps ont tenté cette structuration avec plus ou moins de succès. Il s'agit de mieux intégrer le

3. HCSP, *Op. cit.*

dispositif général et permanent de santé publique et les modalités de prise en compte des priorités de santé publique.

Quelle est la situation actuelle ?

Le dispositif général et permanent de santé publique

Il est extrêmement divers et est organisé aujourd'hui selon plusieurs approches, mais pas de manière systématique ni intégrée.

Par populations

- Femmes enceintes, naissance et petite enfance.
- Adolescents et jeunes.
- Personnes âgées.
- Personnes handicapées.
- Personnes en situation de précarité, personnes migrantes.
- Personnes détenues.

Il s'agit de populations vulnérables, qui nécessitent une attention préventive toute particulière.

Par déterminants

Ces déterminants sont constitués des facteurs suivants (M. Bantuelle *et al.*, 2009) :

- Facteurs personnels : génétiques, physiques et psychologiques.
- Facteurs psychosociaux : modes de vie, insertion sociale, support social, langue et culture, instruction, éducation, prise de risques (sexualité, toxicomanie, etc.).
- Facteurs économiques : revenus financiers, emploi, logement, etc.
- Facteurs environnementaux : environnement physique, qualité de l'air, de l'eau, des aliments, de l'habitat, etc.
- Facteurs institutionnels : modes de fonctionnement, disponibilité, efficacité et accessibilité des services de santé et autres services publics, conditions de travail, transports...

Par pathologies

- Les maladies infectieuses : lutte antituberculeuse, contre les IST, le sida, les hépatites. Ces maladies font l'objet d'un dispositif spécifique qui a été recentralisé ces dernières années, tout en laissant la possibilité aux conseils généraux d'assurer ces tâches s'ils le souhaitent dans un cadre conventionnel ; la politique vaccinale entre dans ce cadre, mais elle a fait l'objet d'une volonté politique moins affirmée depuis les difficultés rencontrées concernant l'hépatite B. La grippe A H1N1 modifiera peut-être encore cette tendance au retrait dans ce domaine.
- Les maladies chroniques, qui ont un poids de plus en plus important dans notre pays : maladies cardio-vasculaires, diabète, insuffisance rénale, maladie d'Alzheimer, maladies rares, cancers...

Par milieux

- L'école, lieu des apprentissages où il est possible, grâce à certaines méthodes pédagogiques, de promouvoir l'adoption par les élèves de comportements favorables à la santé.
- Le domicile, pour prévenir les accidents de la vie courante, les risques liés à l'habitat – saturnisme.
- Le milieu du travail, pour réduire les expositions pouvant avoir un risque sur la santé et pour agir sur les déterminants de santé.
- Les cabinets médicaux, avec le développement d'une prévention médicalisée et plus organisée autour du médecin traitant (dépistage des cancers, vaccination, iatrogénie médicamenteuse, suivi de grossesse, etc.).
- La ville, car l'environnement urbain est un élément de base de la qualité de vie.
- Le milieu rural avec ses spécificités en termes d'environnement, mais aussi en termes d'offre de santé et de dynamique territoriale.
- Le milieu pénitentiaire, où les préoccupations sanitaires rejoignent des objectifs de réinsertion sociale.

Par alertes

Lors de risques sanitaires avérés pour la population :

- Méningites, légionelloses, épidémies de toxi-infections alimentaires collectives, risques épidémiques (Sras, Creutzfeldt-Jakob, grippe, etc.), auxquels il faut ajouter la prévision des alertes : pandémie grippale, plan blanc...
- Non-respect des limites de qualité.

Par missions

Pour tout ce qui touche, par exemple, aux missions d'inspection et de contrôle, de financement et de programmation...

La difficulté en santé publique est maximale, car elle nécessite de prendre en compte les différents leviers pour atteindre les objectifs fixés dans des problématiques complexes et plurifactorielles :

- Il convient de croiser les différentes approches qui se recoupent. Ainsi, dans l'approche par populations, les enfants concernent, par exemple, le milieu (l'école), les déterminants (éducation pour la santé), l'approche par pathologie (les dépistages de la petite enfance et les soins des enfants malades), les alertes (épidémie de méningite)...
- *Il importe de développer une approche interministérielle et intersectorielle (cf. fiche 4 : Intersectorialité et interministérialité).*

Ainsi, pour la petite enfance, le dispositif de prévention et de soins s'appuie sur les services de protection maternelle et infantile (PMI), les maternités, les réseaux de périnatalité, les médecins traitants et les services de pédiatrie, les services de promotion de la santé en faveur des élèves, les services de l'aide sociale à l'enfance (ASE), les centres médico-psychologiques (CMP), les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), les services d'éducation spécialisée et de soins à domicile (Sessad), les réseaux d'aides spécialisées aux

enfants en difficulté (Rased)... Ces services relèvent des conseils généraux, des hôpitaux, des villes, de l'Éducation nationale, de l'État.

Il en est de même concernant les personnes âgées, pour lesquelles les réponses sont d'ordres : sanitaire (organisation de la filière de soins) ; social pour promouvoir l'autonomie, le maintien à domicile, le soutien des aidants ; et sanitaire et social pour l'hébergement (Ehpad) ou la coordination des différents acteurs sanitaires et sociaux (centre local d'information et de coordination gérontologique – Clic –, réseaux gérontologiques).

L'ARS devra intégrer *la fonction de plaidoyer* (« advocacy »), c'est-à-dire se faire l'avocat de la protection de la santé des personnes et de la population auprès des instances ne dépendant pas directement de la Santé, dont les décisions ont néanmoins des conséquences sur la santé des populations. Elle fera d'autant mieux qu'elle saura organiser une mise en débat de ses orientations en promouvant une approche participative, depuis la recherche d'un diagnostic partagé de la situation épidémiologique jusqu'à l'élaboration des hypothèses d'interventions et à la mise en œuvre des actions.

Ces exemples soulignent que les ARS doivent avoir des capacités leur permettant d'interpeller et de mobiliser les services déconcentrés de l'État, les collectivités territoriales (de l'échelon local à l'échelon régional), mais aussi les acteurs économiques, afin d'impulser des politiques favorables à la santé.

Il importe enfin de distinguer les activités de sécurité sanitaire et celles de promotion de la santé et de prévention. En effet,

- ces dernières ont besoin de temps pour se mettre en place ; elles ne doivent pas en permanence être « parasitées » par les crises de sécurité sanitaire chronophages, coûteuses, et qui nécessitent une mobilisation dans l'urgence ;
- les modes d'action et le savoir-faire dans ces deux champs ne sont pas identiques, même si ces deux activités concourent à une action générale en santé publique et en prévention.

La distinction, dans les ARS, des fonctions de sécurité sanitaire et de promotion de la santé est hautement souhaitable.

Les priorités de santé publique

Elles sont multiples. Il faut distinguer plusieurs niveaux :

- Les cinq plans stratégiques inscrits dans la loi de santé publique de 2004 : cancer, violence et santé, handicap et santé environnementale, maladies chroniques, maladies rares ;
- Les cent objectifs de la loi de santé publique ;
- Le plan du président de la République sur la maladie d'Alzheimer ;
- Et les multiples plans du ministère de la Santé : VIH, Hépatite, Tuberculose, Solidarité grand âge, Bien vieillir, Pandémie grippale, etc.

La logique de ces programmes d'action et de ces plans est d'intégrer tous les axes d'intervention et de travail – la prévention, le dépistage, les soins, la qualité de vie, la formation, la recherche – et d'ouvrir le champ du sanitaire

aux autres secteurs (démarche de promotion de la santé en référence à la charte d'Ottawa). Ils permettent une impulsion par thématique. Toutefois, *la multiplicité des plans et programmes nuit gravement à la lisibilité des politiques publiques. Il existe même une profonde césure entre les objectifs nationaux et leur réappropriation dans les régions.* Les plans régionaux de santé publique ont également du mal, quant à eux, à prioriser les actions, à distinguer ce qui relève du dispositif général et des priorités de santé. Ils perdent également « terriblement » en lisibilité car, au final, tout apparaît prioritaire...

Enfin, dans le cadre des dynamiques de territoire impulsées par les futures ARS, des priorités plus spécifiques à certains secteurs géographiques vont aussi émerger de façon plus forte et plus soutenue, portées par les nouvelles conférences de territoire.

L'organisation du dispositif doit donc être repensée.

ÉVALUER LA POLITIQUE, LES PROGRAMMES ET LES ACTIONS DÉVELOPPÉS

L'évaluation, fonction permettant de « *se former un jugement sur une politique, un programme, une action* », peut constituer un levier fort de régulation à la disposition du directeur de l'ARS. Cette fonction intéresse l'ensemble des secteurs d'intervention de l'ARS (santé publique et prévention, soins, médico-social) et devrait être organisée de façon transversale au sein de l'ARS.

L'évaluation des interventions faites dans le cadre du pôle Promotion, prévention et programmes de santé présente cependant quelques traits spécifiques qu'il s'agit de prendre en compte (*cf.* fiche 22).

Le pôle Promotion, prévention et programmes de santé, avec les autres composantes de l'ARS, aura à commanditer et restituer quatre types d'évaluation :

- L'évaluation de la politique menée par l'ARS en matière de promotion de la santé et de prévention ;
- L'évaluation des programmes et dispositifs (accès aux soins, réseaux, etc.) les plus structurants conduits dans le cadre du dispositif général et dans celui des priorités régionales ;
- L'évaluation des actions déployées sur le terrain ;
- L'évaluation d'éventuelles actions innovantes.

Ces évaluations ne font pas appel aux mêmes critères de jugement, ni aux mêmes dispositifs de conduite du processus évaluatif.

Les évaluations conduites par l'ARS seront pertinentes :

Si elles respectent les principes suivants

- *Ouvrir la démarche évaluative à toutes les parties prenantes* (opérateurs, associations, élus...), afin que les résultats puissent servir de processus d'apprentissage, de mise en débat public, d'enrichissement des interventions à venir. La

CRS et le comité de liaison doivent y prendre une place particulière, à préciser dans les décrets d'application.

- *Identifier les interventions prioritaires à évaluer et rompre avec l'injonction du « tout évaluer ».* Si l'évaluation de la politique régionale de santé publique et des programmes les plus structurants doit faire l'objet d'une obligation réglementaire, il est par contre inutile d'exiger l'évaluation des résultats pour une action dont l'efficacité a déjà été démontrée.
- *Rompre avec le principe d'exigence d'égalité d'évaluation* quels que soient le promoteur et le type d'action conduite. On ne peut avoir les mêmes exigences envers un promoteur menant une action à 1 000 euros et celui menant un programme à 100 000 euros.
- *Se doter d'un calendrier réaliste* permettant aux programmes et actions de se déployer, quitte à procéder à des bilans intermédiaires. La temporalité que demandent les interventions de santé publique, ciblant par exemple des changements de comportement ou de représentations sociales, n'est souvent pas compatible avec l'agenda des administrations, demandant l'obtention rapide de résultats.
- *Assurer la diffusion des résultats des évaluations* : cela est essentiel, plus particulièrement en ce qui concerne l'évaluation de la politique menée, pour des raisons de démocratie et d'efficacité.
- *Garantir des ressources en évaluation tant humaines que financières.* Une culture évaluative est à promouvoir chez l'ensemble des acteurs contribuant à la politique de santé publique, ainsi que des compétences spécifiques permettant d'élaborer des commandes, de piloter des évaluations, voire de mener les travaux d'évaluation. Des financements doivent être dévolus dans le budget de l'ARS afin de pouvoir faire appel à des évaluations externes⁴.

Si elles se dotent de l'approche méthodologique suivante

- *Adopter des dispositifs d'évaluation différents selon qu'il s'agit d'évaluation de politique, de programmes ou d'actions.* Si l'intervention de regards externes est particulièrement adaptée pour l'évaluation de la politique ou des programmes, l'évaluation des actions peut, elle, lorsque les référentiels de qualité existent, être conçue dans une logique d'autoévaluation.
- *Développer la recherche évaluative.* Deux approches existent en évaluation : d'une part, l'évaluation normative, proche de la démarche qualité, souvent pertinente pour les actions et, d'autre part, la recherche évaluative, trop peu développée dans notre pays et pourtant bien adaptée aux problématiques traitées dans le pôle. Cette dernière mériterait d'être mieux prise en compte.
- *Distinguer démarche qualité et évaluation des résultats* et, dans tous les cas, assurer le suivi des activités. Si l'évaluation des actions doit s'inscrire dans la même logique que celle du système de soins et relève d'abord d'une démarche qualité, l'évaluation de la politique et des programmes fait appel à d'autres approches. Il est essentiel de clarifier le cadre dès le début du processus d'éva-

4. Les organismes internationaux considèrent que 10 % des budgets d'intervention sont à consacrer à leur évaluation (il s'agit bien sûr d'un coût complet, intégrant donc les frais de personnel interne, les prestations spécifiques, le temps passé à l'autoévaluation par les opérateurs...).

luation. Dans tous les cas, le suivi des activités mises en œuvre doit être assuré et intégré dans le système d'information général de l'ARS.

■ *Renforcer un cadre méthodologique commun aux ARS* afin de permettre les comparaisons interrégionales. Il revient à l'administration centrale de diffuser repères communs et guides, et de s'assurer de la possibilité d'échanges de pratiques.

La cellule d'appui méthodologique (*cf. infra* et fiche 21) doit comprendre les compétences nécessaires pour apporter aide, soutien, accompagnement aux agents du pôle conduisant des évaluations.

QUELS TERRITOIRES ?

(*Cf. aussi* fiche 3 : Région, département, commune et fiche 7 : Territoire, santé et prévention)

Durant les trois dernières décennies (1980, 1990, 2000), les pouvoirs publics ont déployé des politiques parfois contradictoires en matière territoriale. À la décentralisation des années 1980, s'appuyant principalement sur le niveau départemental, a succédé une période d'organisation de la santé en général et de la prévention en particulier, autour du fait régional (programmes régionaux de santé – PRS –, plan régional de santé publique – PRSP). Cette tendance s'est plutôt confirmée dans les années 2000, avec pourtant des mouvements paradoxaux de recentralisation partielle : cancer, vaccination... Par ailleurs, des acteurs majeurs de la politique de prévention, les comités d'éducation pour la santé, ont eu à subir cette politique « en yo-yo ». Poussés par le ministère à se structurer au niveau régional et départemental sur tout le territoire, ils ont vu leur rôle consolidé durant la décennie 1990, avec un processus de professionnalisation, de labellisation et de lien privilégié avec le CFES (actuel INPES). L'objectif était une couverture territoriale exhaustive, permettant de proposer une véritable offre de service public à toute la population en matière de prévention et d'éducation pour la santé. Cette orientation a été, pour partie, abandonnée dans les années 2000. En revanche, la politique de la ville a permis, tout au long de ces dernières décennies, de déployer des projets innovants et de qualité dans les quartiers les plus en difficulté. Beaucoup d'entre eux concernaient la prévention.

La prévention, plus encore que les soins curatifs, est un puissant facteur d'accentuation des écarts de santé, lorsque son accès n'est pas organisé, structuré, et ne favorise pas une participation réelle de la population. De ce point de vue, l'organisation territoriale est donc un enjeu majeur. Il s'agit avant tout de donner une place aux collectivités territoriales.

Il est indispensable de trouver un nouvel équilibre entre plusieurs niveaux : national, régional, territoire de santé, territoire de proximité. Les ARS vont avoir à prendre des orientations régionales fortes et structurantes en matière

de prévention et à encourager des initiatives de proximité. *Cela ne sera possible qu'en donnant aux collectivités territoriales une place reconnue, en sachant qu'aucune politique de santé publique et de prévention ne peut se bâtir sans elles.* Cette orientation est indispensable, au moins pour deux raisons liées aux concepts fondateurs de la santé publique et de la prévention :

- La nécessité d'agir sur tous les déterminants de la santé ; beaucoup ne relèvent pas de notre système de santé et l'aménagement du territoire en est une composante forte (mais pas la seule) ;
- L'importance de se situer au plus près de chaque citoyen ; la conséquence directe en est l'exigence de s'inscrire dans des dynamiques impliquant les acteurs du plus petit niveau de découpage territorial français, la commune, le quartier, et les organisations de la société civile.

Les contrats locaux de santé, conclus entre l'ARS et les collectivités territoriales, constituent l'un des outils privilégiés de l'action interministérielle au plus près des besoins de santé des populations (cf. fiche 4).

Enfin, il convient d'intégrer la dimension prévention dans toutes les initiatives de nouvelles organisations de l'offre de santé de proximité. Les maisons médicales, les réseaux de santé, les centres de gestion du dépistage sont autant de nouvelles formes d'organisation qui, du fait de leurs approches multidisciplinaires et articulées dans le parcours de santé des citoyens, permettent la prise en compte de la prévention dans une dimension individuelle et collective.

UNE ORGANISATION MATRICIELLE DU PÔLE PROMOTION, PRÉVENTION ET PROGRAMMES DE SANTÉ

L'enjeu du pôle santé publique de l'ARS sera de mettre en place une stratégie de promotion de la santé et de prévention au niveau régional. Il devra assurer le fonctionnement du dispositif général et permanent de santé publique, tout en développant une approche par programmes garante de la transversalité. Les plans de santé publique offrent à la fois une légitimité et un cadre pour la mise en œuvre des actions définies comme prioritaires.

PRINCIPES D'ORGANISATION

La logique d'organisation matricielle vise à croiser les différentes approches.

Une approche par thématiques

Il faut être conscient que les ARS auront besoin de spécialistes pour les grandes thématiques de santé publique : approches par populations, par pathologies, par milieux, par déterminants, voire par outils (investigation épidémiologique, savoirs en éducation pour la santé ou en promotion de la santé). Ces approches correspondent, souvent, à des métiers bien identifiés. Toutefois, il

faut éviter à tout prix la mise en place d'une organisation en tuyaux d'orgues. C'est l'enjeu de cette nouvelle organisation.

Une approche par programmes

Il faut inciter les professionnels en charge des différentes thématiques (compétences verticales traditionnelles) à travailler également dans des logiques de programmes ou de projets intégrant l'ensemble des dimensions : observation, soins, promotion de la santé, prévention mobilisant l'ensemble des acteurs de santé publique, qu'ils soient publics ou privés.

Une approche intégrée

Cette façon de faire est susceptible d'interférer avec les autres pôles de l'ARS. Il convient en outre d'associer les acteurs médicaux et non médicaux dans ce travail, et de faire en sorte que la santé soit intégrée au sein de projets qui ne sont pas toujours prioritairement axés sur la santé.

La transversalité de ce mode de travail constitue la garantie d'une action globale et « impactante » de l'ARS dans le territoire de sa compétence.

Il faut donc bien distinguer les compétences verticales traditionnelles des logiques de programmes. Une stratégie de programmes nécessite :

- De disposer d'un système d'information adapté ;
- D'identifier les leviers sur lesquels agir pour soutenir des programmes de promotion de la santé ;
- De fixer des objectifs mesurables ;
- D'intégrer les différents niveaux d'intervention, de la prévention aux soins, du social jusqu'au sanitaire ;
- De structurer le dispositif et les acteurs ;
- De s'inscrire dans la durée...

À titre illustratif est fournie une série de fiches thématiques détaillant les enjeux, les logiques d'actions, le rôle d'une ARS dans plusieurs thématiques.

L'ORGANISATION DU PÔLE PROMOTION, PRÉVENTION ET PROGRAMMES DE SANTÉ : LE PÔLE 3PS

Le pôle Promotion, prévention et programmes de santé (3PS) des futures ARS pourrait être organisé de la manière suivante :

- Un département promotion de la santé ;
- Un département prévention et conduite de politiques spécifiques ;
- Une cellule d'appui méthodologique.

D'une manière générale, ce pôle doit être en mesure d'assurer les grandes fonctions suivantes :

- Organiser l'observation ;

- Préciser les objectifs et stratégies ou programmes à mettre en œuvre ;
- Être inducteur de projets et de programmes en utilisant les moyens de contractualisation ou de financement ;
- Coordonner des programmes en privilégiant une approche systémique et en organisant un continuum entre la prévention, le soin et le médico-social ;
- Promouvoir une approche intersectorielle et interministérielle ;
- Organiser l'évaluation ;
- Développer la recherche et l'innovation ;
- Créer du débat public sur les thématiques de santé.

Les missions, les champs, les compétences des deux départements et de la cellule d'appui méthodologique sont décrites ci-dessous.

Elles sont complétées par une série de fiches présentées ci-après qui :

- Reprennent des définitions (promotion de la santé et prévention médicalisée) ;
- Développent les relations des ARS avec leurs partenaires ;
- Précisent les compétences santé des collectivités territoriales ;
- Présentent des exemples d'approches de promotion de la santé (santé environnementale, santé familiale et infantile, santé scolaire, santé en entreprise) ;
- Présentent une partie des champs de la prévention médicalisée ;
- Précisent les outils et les méthodes.

Le département « Promotion de la santé »

Missions

Agir sur les environnements, sur les comportements.

- Il élabore le schéma régional de prévention ;
- Il participe à la conférence régionale de santé et aux conférences de territoire ;
- Il informe sur l'état de santé de la population, les priorités de santé, les principaux déterminants ;
- Il identifie les acteurs qui peuvent avoir un rôle dans la promotion de la santé : autres services déconcentrés de l'État, collectivités territoriales et toute autre structure contribuant à la promotion de la santé (cf. fiche 1) ;
- Il organise la transversalité, l'interministérialité et l'intersectorialité (cf. fiche 4) ;
- Il participe aux réunions interministérielles et intersectorielles pour développer un plaidoyer pour la santé dans des opérations qui peuvent avoir un impact sur la santé ;
- Il est chargé des relations avec l'INPES (cf. fiche 6) ;
- Il supervise les pôles régionaux de compétence en éducation pour la santé (cf. fiche 20) ;
- Il est inducteur de projets et de programmes ;
- Il élabore des conventions cadres de partenariat (rectorat, direction du Travail et de l'Emploi, collectivités territoriales, etc. ; cf. fiches 9 à 11) ;

- Il élabore les appels à projets, des cahiers des charges ;
- Il contribue à l'allocation de ressources ;
- Il suit les actions régionales de promotion de la santé ;
- Il suit les activités des PMI et les initiatives d'accompagnement des personnes âgées ;
- Il s'assure de la mise en place des programmes et actions, et propose des niveaux d'évaluation adaptés à l'importance de ces initiatives.

Champs couverts

- Les principaux déterminants de santé ;
- L'éducation pour la santé (cf. fiche 19) ;
- Les lieux et milieux de vie :
 - école (cf. fiche 10),
 - milieu du travail (cf. fiche 11),
 - habitat/domicile,
 - territoires, santé environnementale (cf. fiches 3 et 8), etc. ;
- Les âges de la vie : santé familiale et infantile (cf. fiche 9), personnes âgées.

Compétences requises

- Planification, programmation et conduites de projets ;
- Capacité à fédérer les acteurs ;
- Rédaction d'appels d'offres, de cahiers des charges.

Fonctions externalisées

- Observation de la santé en lien, notamment, avec les ORS ;
- Suivi des actions avec les pôles de compétence en éducation pour la santé ;
- Accords avec les collectivités territoriales dans le cadre d'un partenariat respectant les spécificités et l'identité de chacun.

Le département « Prévention et conduites de politiques spécifiques »

Missions

- Il prévient les maladies, les complications, améliore la qualité de vie. Il pilote les politiques de santé régionales dans certains domaines comme la lutte contre les addictions.
- Il informe sur l'état de santé de la population, notamment pour :
 - la couverture vaccinale,
 - le taux de participation aux dépistages organisés,
 - la prévalence des maladies chroniques.
- Il contribue au développement des fonctions de santé publique en médecine de ville et hospitalière.
- Il est chargé des relations avec l'Assurance maladie sur le volet gestion des risques.
- Il est inducteur de projets et de programmes pour, notamment, améliorer la couverture vaccinale, les dépistages organisés.

- Il élabore les appels à projets, des cahiers des charges pour le développement des programmes d'éducation thérapeutique.
- Il favorise le développement d'actions de prévention au sein des réseaux de santé.
- Il contribue à l'allocation de ressources.
- Il s'assure de la mise en place des programmes et actions de prévention médicalisée et structure l'évaluation des programmes.
- Il suit les activités :
 - des dispositifs spécialisés de prévention et de soins qui relèvent de l'État ;
 - des centres de gestion des dépistages des cancers, des centres d'exams de santé de l'Assurance maladie...
 et il contribue à l'articulation de ces dispositifs avec les structures de soins.
- Il contribue à la prise en compte de la prévention en médecine générale et à l'accompagnement personnalisé du patient dans le parcours de soins pour mieux répondre à ses besoins⁵ (cf. fiches 15 et 16).

Champs couverts

- Vaccinations (cf. fiche 12) ;
- Dépistages
 - cancers (centres de gestion ; cf. fiche 13) ;
 - maladies transmissibles : sida, IST, tuberculose (cf. fiche 18) ;
 - aux différents âges de la vie ;
 - autres : saturnisme, etc. ;
- Éducation thérapeutique (cf. fiche 14) ;
- Addictions ;
- Les dispositifs spécialisés de prévention et de soins qui relèvent de l'État (cf. fiches 16 à 18) : centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa), centres de lutte antituberculeuse (Clat), sida/IST (CDAG, Ciddist), dispositif précarité, planning familial, etc. ;
- Les programmes de gestion des risques de l'Assurance maladie ;
- Les réseaux de santé ;
- Les maladies chroniques sous l'angle prévention, qualité de vie (cf. fiche 15).

Compétences requises

- Planification, programmation et conduites de projets ;
- Capacité à fédérer les acteurs ;
- Rédaction d'appels d'offres, de cahiers des charges.

Fonctions externalisées

- Évaluation des dispositifs spécialisés, des programmes d'éducation thérapeutique.

5. C'est dans une dynamique d'exams périodiques de prévention que l'ARS doit jouer un rôle central pour une mise en œuvre cohérente et concertée de pratiques cliniques préventives au sein de la patientèle de chaque médecin traitant de sa région. Ces dernières doivent répondre à des protocoles et référentiels élaborés par les agences nationales concernées (en particulier HAS et INPES), et mis en œuvre dans le cadre d'un continuum de prise en charge préventif allant du suivi de la grossesse jusqu'à la fin de vie (cf. fiche 16).

La cellule d'appui méthodologique : « Méthodes et outils »

(Cf. fiche 21)

Missions

Offrir un soutien sur toutes les questions relatives à la méthodologie et aux outils dans le champ de la promotion de la santé, de la prévention, de l'éducation pour la santé et de l'éducation thérapeutique, auprès des équipes :

- Internes à l'ARS (pôle Promotion, prévention et programmes de santé, mais aussi à un niveau plus transversal) ;
- Externes (partenaires, organismes associés et promoteurs de programmes/projets/actions).

Champs couverts

■ *Ingénierie et conduite de projet.* La méthodologie de projet est un axe structurant des activités promues par le pôle Promotion, prévention et programmes de santé. Un lien fort existera avec la démarche d'évaluation.

■ *Promotion des référentiels et des outils.* Des liens privilégiés seront établis avec l'INPES, la Haute Autorité de santé (HAS), le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) et toutes les agences nationales intervenant en promotion de la santé et prévention (notamment la Fédération nationale des comités d'éducation pour la santé – Fnes). La cellule Méthodes et outils aura en responsabilité :

- la diffusion et le développement de la démarche d'appropriation des référentiels et outils produits par ces instances ;
 - la participation à l'élaboration de certains de ces outils et recommandations.
- *Évaluation (cf. fiche 22), démarche qualité et certification.* La cellule Méthodes et outils veillera :
- à la mise en œuvre d'évaluations adaptées pour les plans, programmes et actions ayant une dimension innovante : création d'indicateurs, recherche, approche expérimentale, projets limités dans le temps ;
 - au développement d'une démarche qualité et d'une certification s'appuyant sur les référentiels évoqués plus haut ; elle concernera prioritairement les opérateurs entrant dans le cadre de conventions d'objectifs et de moyens signées avec l'ARS, et dont l'activité relève majoritairement de la promotion de la santé, de la prévention et de l'éducation pour la santé ;
 - à l'introduction d'approches méthodologiques telles que l'évaluation des risques sanitaires, l'évaluation de l'impact sur la santé de politiques publiques.
- *Recherche et expérimentation.* Elles portent sur les actions novatrices et celles qui font un lien entre santé publique, soins et médico-social, ainsi qu'entre santé et autres politiques publiques. La cellule apportera sa compétence propre, mais facilitera aussi les rapprochements avec les équipes de recherche ou universitaires travaillant en promotion de la santé et prévention. La cellule Méthodes et outils sera l'interlocuteur privilégié des instituts ou organismes

de recherche type Inserm. Elle participera aux dispositifs d'appels d'offres nationaux.

Cette cellule établira des modalités de fonctionnement au sein de l'ARS avec les autres pôles et, en particulier, les équipes en charge de :

- L'observation, le diagnostic, la recherche documentaire ;
- La planification et la programmation ;
- La gestion des risques ;
- L'évaluation.

Compétences requises au sein de ce pôle

- Maîtrise des méthodes et outils en santé publique, promotion de la santé, prévention et éducation pour la santé ;
- Planification, programmation et conduite de projet ;
- Compétence en matière d'évaluation, de démarche qualité et de certification dans le but d'assurer le suivi et l'évaluation des structures en charge de la mise en œuvre des plans, programmes et actions ;
- Méthodologie en recherche, rédaction de rapports et d'articles.

Il convient de souligner le débat du groupe de travail sur le niveau de rattachement de cette cellule. Faut-il la concevoir comme spécifique au pôle Promotion, prévention et programmes de santé, ou faut-il d'abord la concevoir comme une fonction transversale à l'ensemble de la future agence⁶ :

- Un pôle intégré au département Promotion, prévention et programmes de santé, chargé de l'appui et du soutien méthodologique en direction des agents du département, mais également des partenaires extérieurs mobilisés dans les programmes et actions de santé ;
- Un pôle transversal, rattaché à la direction de l'ARS, assurant les capacités en méthodes et outils nécessaires à tous les secteurs d'intervention de l'ARS et responsable de la coordination des différents départements⁷.

C'est la première option qui a été retenue.

LES ALLOCATIONS DE RESSOURCES - QUELQUES RECOMMANDATIONS

Les ARS vont être des acteurs centraux en termes de financement. Dans le cadre des GRSP figuraient des financements de l'État, de l'Assurance maladie et des collectivités territoriales qui souhaitaient s'y associer. Cette mutualisation est structurante pour donner de la cohérence aux actions. La mutualisation des moyens nécessite des règles strictes, notamment un cadre éthique

6. Cette question est illustrée par le fait que, à l'heure actuelle, au moins quatre groupes travaillent, dans le cadre du secrétariat général, sur des questions de méthode : deux groupes « ICE (inspection, contrôle, évaluation) », un groupe « planification », un groupe « observation ».

7. Si cette option devait être retenue *in fine*, il serait intéressant d'examiner l'intérêt du modèle Egipss (modèle d'évaluation globale et intégrée de la performance du système de santé) de l'équipe de l'université de Montréal (Contandriopoulos A.P. *et al.*)

rigoureux et la possibilité de donner une visibilité aux financeurs, très importante pour les élus. Une attention toute particulière doit être portée à la transparence des procédures d'instruction et de sélection, en prenant garde d'éviter les conflits d'intérêts ou que certaines institutions ne soient juges et parties.

Jusqu'à présent, les financements se font sur la base d'appels à projets dont les limites ont été soulignées à de nombreuses reprises :

- Financement limité dans le temps alors que, dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé, la question de la continuité et de la durée est cruciale pour déployer des actions et en apprécier l'impact ;
- Manque d'opérateurs disponibles pour porter des projets pourtant jugés prioritaires...

Il est donc important de mettre en place une politique de financement pluriannuel sur le moyen et le long terme. En préalable, l'ARS devra avoir défini ses axes de travail, identifié les acteurs de santé publique de la région, établi une répartition des rôles et précisé ses attentes en matière de promotion de la santé, de prévention et d'éducation. Ainsi pourra-t-elle alors distinguer les financements structurels des financements d'actions ponctuelles (basées sur l'événementiel et limitées dans le temps).

Le financement sur la base de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) est un moyen de permettre le déploiement d'actions dans la durée, sur des territoires définis, mais aussi de soutenir les acteurs structurants en promotion de la santé, en prévention ou en éducation pour la santé. La mise en place de pôles de compétence organisés en réseaux capables de fournir un conseil méthodologique et un accompagnement des actions locales fait consensus.

L'ARS pourrait labelliser les associations « structurantes » sur la base d'un cahier des charges comprenant une évaluation tous les trois ou quatre ans. Ces associations pourraient bénéficier d'un financement de base ; charge à elles de négocier chaque année, en fonction des actions novatrices qu'elles souhaitent mettre en œuvre, des budgets complémentaires.

L'ARS doit déterminer la part de son budget consacrée à la prévention, l'un des objectifs de la loi HPST étant d'aller vers un équilibre des financements entre soins et prévention (auquel viendra s'ajouter le principe de « fongibilité asymétrique »). Pour satisfaire ce rééquilibrage, il est souhaitable de permettre une progression des budgets consacrés à la prévention pour atteindre 10 % des dépenses de santé en 2012, conformément à l'engagement du président de la République et à la demande de l'OMS⁸, soit une augmentation de 3 points de la part des dépenses de santé en deux ans. Compte tenu de l'enjeu, il est souhaitable qu'un engagement de traçabilité de la mise en œuvre de cette mesure soit pris – par exemple, de lui consacrer une annexe spécifique du rapport de la Cour des comptes.

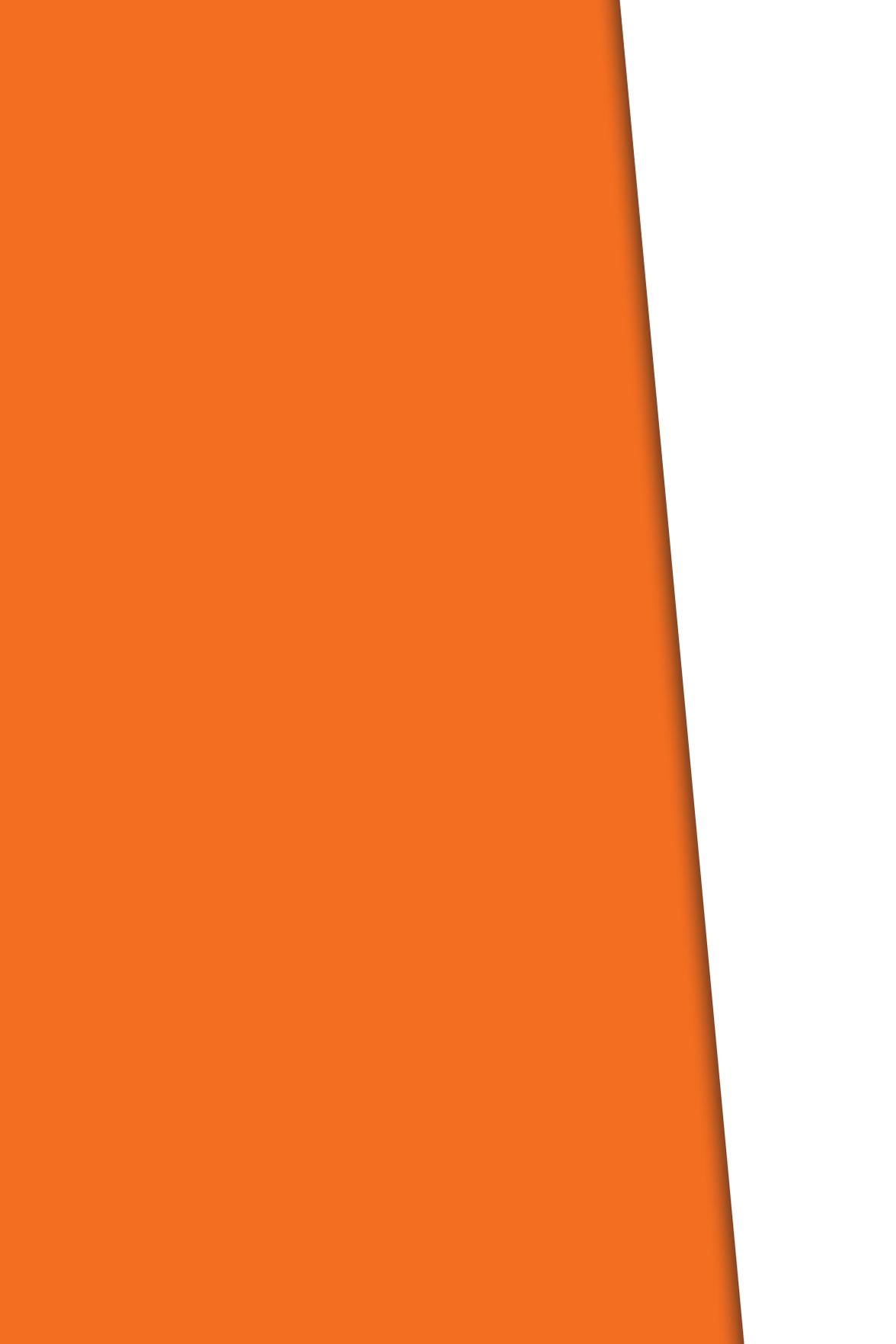
Elle doit aussi considérer les sources alternatives de financement (agences sanitaires – INPES, INCa... –, CNSA, Mildt, Cnamts, mutuelles, fondations, collectivités territoriales, etc.) qui existent dans le champ de la prévention

8. Discours de M. le président de la République sur le thème de la politique de la santé et de la réforme du système de soins. Bletterans, jeudi 18 septembre 2008.

et prendre en compte des financements européens comme le Fonds social européen pour les contrats urbains de cohésion sociale.

CONCLUSIONS

L'un des enjeux de la réforme de la loi HPST créant les ARS est sans conteste une meilleure prise en compte de la promotion de la santé et de la prévention. L'administration manque encore de culture dans ces domaines, les opérateurs de terrain sont très fragiles. De nombreux exemples étrangers montrent qu'un rééquilibrage du curatif vers le préventif est l'une des voies possibles pour améliorer l'état de santé et la qualité de vie des citoyens. L'identification d'un pôle *ad hoc* peut permettre de répondre aux ambitions de la loi. Il est indispensable de le séparer du pôle « Soins », très budgétivore, et du pôle « Sécurité sanitaire », trop axé sur l'urgence et les crises. Nous avons appelé ce pôle Promotion, prévention et programmes de santé pour souligner deux fonctions importantes : la nécessité de travailler 1) dans la transversalité avec les autres pôles de l'ARS, mais aussi en interministériel et en intersectoriel, et 2) dans une logique de programmes prenant en compte les éléments de diagnostic, de mise en œuvre et d'évaluation.



FICHES

Vingt-quatre fiches thématiques sont proposées au lecteur, classées dans cinq sous-chapitres : définitions ; fonctions, compétences, territoires ; promotion de la santé ; prévention médicalisée ; outils.

D'autres fiches (personnes âgées, sida, santé à domicile, etc.) n'ont pu être rédigées dans le temps imparti à ce travail collectif.



DÉFINITIONS

FICHE 1

Promotion de la santé

CHRISTINE FERRON

Suivi de deux exemples :

1. Comment intervenir en promotion de la santé dans le monde rural ? *Lucette Barthélémy et Annie-Claude Marchand* ;
2. Comment le Québec « se bouge » pour endiguer la sédentarité, *Véronique Martin*.

Une définition

Outre les actions destinées à renforcer la capacité de chacun à agir dans un sens favorable à sa santé et à celle des autres (cf. fiche 19 : Éducation pour la santé), la promotion de la santé comprend *un ensemble d'activités à portée sociale et politique*. Ces activités visent à :

- Changer le contexte social, politique, économique, et les conditions de vie des personnes dans un sens favorable à leur santé ;
- Donner aux personnes et aux groupes des moyens pour agir sur les déterminants de leur santé, c'est-à-dire tous les facteurs qui ont un impact sur leur santé et celle de leurs proches.

Les déterminants sur lesquels on peut agir en promotion de la santé sont de plusieurs ordres :

- Déterminants personnels : ressources physiques, psychologiques et sociales ; habitudes de vie ayant un rapport avec la santé (alimentation, activité physique, etc.) ;

- Déterminants environnementaux (qualité de l'air et de l'eau, habitat, transports, urbanisme, conditions de travail, etc.) ;
- Déterminants sociaux (niveau d'éducation, insertion sociale et support social, milieu culturel, accès aux services publics, etc.) et économiques (niveau de revenus, statut sur le plan de l'emploi, etc.) ;
- Déterminants liés au système de santé (accès aux soins, qualité des soins, etc.).

La promotion de la santé s'appuie donc sur une *conception positive et globale de la santé*, comme un état de bien-être physique, psychologique et social.

Elle utilise des méthodes d'intervention *fondées sur la participation des personnes et des groupes*, sur l'implication des communautés, et sur la mobilisation des ressources présentes dans chaque territoire.

Quels enjeux ?

La politique de santé publique doit prioritairement s'attacher à :

- Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé ;
- Améliorer la qualité de vie ;
- Prévenir les comportements et consommations à risque, sources d'une morbidité évitable et d'une mortalité prématurée importante.

Le système de soins ne peut contribuer seul à l'amélioration de la santé de la population. Il n'intervient ni sur les déterminants environnementaux et sociaux de la santé, ni sur les conditions de vie globales de la population, et n'exerce qu'une influence très modérée sur les habitudes de vie ou les comportements.

Les stratégies de promotion de la santé, qui permettent d'agir sur ces différents aspects, doivent absolument être développées pour accroître l'efficacité et la pertinence des plans, programmes et actions de santé publique.

Quelle logique d'action ?

La promotion de la santé comporte cinq axes stratégiques d'intervention (cf. annexe 2 : Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé).

Des politiques publiques favorables à la santé

Il s'agit non seulement des politiques de santé, mais aussi des politiques sociales, économiques, éducatives, de l'emploi et des loisirs, de l'environnement, de l'habitat et de l'urbanisme. Promouvoir la santé suppose l'interpellation directe des décideurs sur leurs responsabilités et l'impact de leurs décisions sur la santé publique.

Des environnements favorables à la santé et soutenant

Il s'agit de créer des environnements de vie et de travail qui soient à la fois sûrs et respectueux des équilibres et ressources naturels. Il s'agit aussi d'environnements sociaux aptes à soutenir les personnes et les communautés dans leurs efforts de changement, vers plus de bien-être et de qualité de vie.

La participation effective des individus et des communautés à la définition des priorités, à la prise de décision et à la réalisation des actions

C'est l'action communautaire, qui consiste à mobiliser les personnes et les groupes les plus directement concernés par le problème à résoudre, pour fixer les objectifs des interventions et leurs modalités de mise en œuvre. Cette implication directe des communautés a pour effet leur « empowerment », c'est-à-dire leur capacité à prendre en charge elles-mêmes les questions de santé qui les concernent.

La réorientation des services de santé, dans le sens d'une plus grande prise en compte des besoins des populations qu'ils servent

Cette nouvelle orientation des services de santé suppose :

- D'une part, un découplage entre les activités curatives et la prévention, les soins permettant évidemment de prévenir certains troubles et de promouvoir la santé ;
- D'autre part, le développement de la démocratie sanitaire et la prise en compte de la parole des usagers.

L'acquisition, par les individus, des aptitudes qui leur permettent de s'impliquer dans les quatre axes définis ci-dessus (contribution à des décisions politiques, création d'environnements sains, développement communautaire, évolution du système de santé)

Il s'agit de fournir aux individus les moyens affectifs et cognitifs de comprendre la santé et ses enjeux, de clarifier leurs croyances ainsi que leurs valeurs personnelles et culturelles, de développer leur estime de soi et des autres, de les entraîner à la responsabilité et à la décision, de favoriser leur engagement dans des projets communautaires.

Rôle de l'ARS

- Assurer la diffusion d'une culture de la promotion de la santé en région, en soutenant non seulement la formation des acteurs de la promotion de la santé (professionnels spécialisés et acteurs-relais), mais aussi celle des élus et des décideurs.
- Favoriser la mise en œuvre de programmes et d'actions de promotion de la santé à l'échelon local et régional, notamment en établissant des conventions pluriannuelles d'objectifs et de moyens avec les intervenants spécialisés en promotion de la santé.
- Promouvoir la mise en œuvre en région de programmes et d'actions de promotion de la santé de qualité, c'est-à-dire s'appuyant sur des référentiels partagés et des recommandations de bonnes pratiques, favorisant la pluridisciplinarité et l'intersectorialité, intégrant des protocoles d'évaluation rigoureux.
- Soutenir la recherche et l'expertise en promotion de la santé, en finançant des projets de recherche dans ce domaine et en favorisant les échanges entre chercheurs et acteurs de terrain.

Quels métiers ?

Chargés de projets et conseillers méthodologiques en promotion de la santé : chargés de concevoir, coordonner, mettre en place, accompagner et évaluer, de façon participative et partenariale :

- Des projets et des actions visant à :
 - Contribuer à la mise en œuvre de politiques publiques favorables à la santé ;
 - Créer des environnements favorables à la santé et soutenant ;
 - Favoriser la participation effective des individus et des communautés à la définition des priorités, à la prise de décision et à la réalisation des actions ;
 - Réorienter les services de santé dans le sens d'une plus grande prise en compte des besoins des populations qu'ils servent ;
 - Développer les capacités et le pouvoir des personnes, des groupes et des institutions à faire des choix favorables à la santé et à la qualité de vie.
- Des formations initiales et continues en promotion de la santé.
- Des études et des recherches-actions en réponse aux besoins de développement en promotion de la santé (les conseillers méthodologiques en promotion de la santé représentent le niveau de progression le plus élevé dans l'expertise du métier).

Documentalistes : chargés d'assurer une veille et des recherches documentaires dans le domaine de la promotion de la santé, et de mettre à disposition une documentation spécialisée en promotion de la santé.

Tous ces acteurs capitalisent et valorisent les résultats et les enseignements des actions menées, dans une logique de production et de transfert de connaissances, de méthodes et d'outils destinés aux professionnels et aux responsables institutionnels de la santé, de l'éducation et du travail social.

Leviers et difficultés

Difficultés

- L'extrême fragilité des structures en charge de la promotion de la santé, due à l'absence de financement pérenne.
- La méconnaissance du champ et des apports de la promotion de la santé par les élus et les décideurs politiques.
- La difficulté des professionnels de la promotion de la santé à inscrire leurs actions dans des modèles faisant référence à une approche strictement biomédicale de la santé.

Atouts/leviers

- Le niveau de qualification de plus en plus élevé des professionnels (et par suite, l'amélioration de la qualité des actions).
- Les compétences méthodologiques mobilisables chez ces professionnels.
- La capacité des acteurs à s'engager dans des démarches qualité (préluces à une certification ?).

- L'existence des pôles régionaux de compétence en éducation pour la santé et promotion de la santé, soutenus par l'INPES, et l'accent mis dans ces pôles (cf. fiche 20 : Pôles régionaux de compétence en éducation pour la santé) :
 - D'une part, sur des modalités d'intervention s'inspirant des concepts et méthodes de la promotion de la santé ;
 - D'autre part, sur les missions « support » des professionnels de la promotion de la santé (documentation, formation initiale et continue, évaluation, outils pédagogiques, communication, etc.).

ÉLÉMENTS DE BIBLIOGRAPHIE

- Nutbeam D. *Health Promotion Glossary*. Geneva : World Health Organization, 1998 : 36 p. En ligne : http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf
- Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, secrétariat d'État à la Santé et aux Handicapés. *Plan national d'éducation pour la santé*, janvier 2001 : 23 p.
- Deschamps J.-P. La promotion de la santé. In : Bourdillon F. (dir.) *Traité de prévention*. Paris : Flammarion Médecine-Sciences, 2009 : 88-93.
- Bantuelle M., Langlois G., Schoene M. La démarche communautaire en santé. In : Bourdillon F. (dir.) *Traité de prévention*. Paris : Flammarion Médecine-Sciences, 2009 : 94-9.
- Ferron C. Le réseau des comités d'éducation pour la santé. In : Bourdillon F. (dir.) *Traité de prévention*. Paris : Flammarion Médecine-Sciences, 2009 : 342-6.

EXEMPLES D' ACTIONS DE PROMOTION DE LA SANTÉ EN FRANCE ET AU QUÉBEC

Cf. pages suivantes.

EXEMPLE 1**COMMENT INTERVENIR EN PROMOTION DE LA SANTÉ
DANS LE MONDE RURAL ?**

LUCETTE BARTHÉLÉMY

ANNIE-CLAUDE MARCHAND

Le milieu rural se caractérise par un déficit de professionnels de santé – médecins en particulier –, et un isolement de beaucoup de professionnels dans leur pratique quotidienne. Comment monter un programme de promotion de la santé tout en prenant en compte les spécificités du monde rural ? Trois conditions paraissent incontournables : le maintien des solidarités de proximité, le travail en réseau et des investissements à la hauteur des ambitions.

Les axes de l'action

Parce que les programmes de santé publique doivent être adaptés aux besoins et attentes des populations ainsi qu'aux possibilités et ressources locales, nous avons élaboré un cadre d'intervention spécifique pour le milieu rural. Pour chacun des cinq axes d'intervention de la promotion de la santé (cf. *tableau*), nous avons répertorié les éléments à prendre en compte, ainsi que les points d'appui pour agir en promotion de la santé en milieu rural.

Le tableau dresse le cadre d'intervention en milieu rural ; il souligne également les multiples enjeux auxquels est confrontée la promotion de la santé en milieu rural.

Les services et leur proximité

En premier lieu, le brassage des populations qui résident en milieu rural, entre ceux qui y sont nés et ceux qui viennent s'y installer, va influencer sur les modes de vie. Utilisateurs de nouvelles technologies, demandeurs de nouveaux services, ces nouveaux habitants sont porteurs d'attentes différentes. Les solidarités de voisinage ou familiales, en particulier entre les générations, constituent un point d'appui fort en milieu rural. Face à ces mutations, de nouvelles réponses sont sans doute à construire, mais elles doivent prendre appui sur les dynamiques de proximité et tout faire pour les prolonger. Ainsi, une enquête réalisée en août 2005 pour la Datar montre qu'en matière de services publics les habitants du monde rural expriment des attentes tournées vers une gamme étendue de services. Considérés comme une véritable garantie en termes de qualité de vie, ces services recouvrent, outre le bureau de poste et l'école auxquels les habitants restent très attachés, des points d'accès à un médecin, une crèche ou une halte-garderie, un transport collectif, ou encore à des commerces de proximité. L'enquête montre également que la population classe en tête de ses exigences la qualité des services, devant même la proximité.

Le réseau pour lutter contre l'isolement

La densité des professionnels de santé est plus faible en zone rurale, ce qui a pour effet d'accroître leur isolement. Dans l'analyse de l'offre de santé dans les bassins de vie qu'elle a réalisée en 2003, l'Insee notait que, d'ores et déjà, les médecins généralistes (densité médicale dans les zones rurales : 101,2 pour 100 000 habitants *versus* 129,2 dans les grands pôles urbains) et surtout les dentistes (49,6 pour 100 000 habitants en rural *versus* 78,4) exerçaient plus souvent en ville. En revanche, la présence des infirmiers (104,6 pour 100 000 habitants en rural *versus* 96,5) et des pharmaciens (47,5 pour 100 000 habitants en rural *versus* 51,9) restait marquée dans les campagnes. Face à ce constat, il apparaît d'autant plus nécessaire de soutenir les actions favorisant la mise en réseau et le maillage de tous les « acteurs ressources », qu'ils soient professionnels ou bénévoles. Leur implication, qu'il importe de préserver, joue en effet un rôle majeur dans le niveau et la qualité du service de santé mis à disposition de la population. Le développement

dans chaque région de France d'un pôle de compétence en éducation pour la santé va dans le même sens.

Une véritable politique de la ruralité

Enfin, un soutien politique fort et des stratégies d'appui à un aménagement du territoire sont certainement des maillons essentiels pour accompagner les mutations actuelles du monde rural tout en respectant ses spécificités. Ainsi, les textes de loi qui ont récemment vu le jour apportent de nouveaux outils pour soutenir le développement des territoires ruraux, par exemple les zones de revitalisation rurale, les pôles d'excellence rurale. Il s'agit de favoriser l'adaptation des services dans de nombreux domaines, en particulier dans celui de la santé. D'autres pays, comme le Québec, ont conduit une réflexion similaire. Dans la Déclaration en faveur du monde rural, signée en décembre 2001, le gouvernement du Québec et ses partenaires reconnaissent officiellement l'importance de la ruralité et s'engageaient de façon solidaire à travailler au renouveau, à la prospérité et à la pérennité des communes rurales, concrétisant ces engagements dans une Politique nationale de la ruralité.

Intervenir dans le monde rural peut ressembler à un exercice acrobatique qui vise à conjuguer des logiques différentes, parfois contradictoires : d'un côté, il s'agit de rapprocher les ressources (mise en réseau) pour optimiser la qualité du service rendu ; de l'autre, il importe de disperser ces mêmes ressources pour apporter des réponses au plus près des populations. D'ores et déjà, la mise en œuvre d'actions de promotion de la santé en milieu rural prend fortement appui sur le travail en réseau de l'ensemble des acteurs, qu'ils viennent de la santé ou du social. C'est à partir de ce travail en réseau que chaque professionnel peut « ouvrir » son champ d'action aux pratiques des autres.

Programmes de promotion de la santé en milieu rural : le cadre d'intervention

Axes d'intervention	Facteurs limitants	Points d'appui pour l'action
Aptitudes individuelles de la population		
<ul style="list-style-type: none"> ■ Représentations, culture ■ Valorisation et mise en confiance ■ Participation et solidarité 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Poids des traditions, des histoires familiales et des non-dits ■ Mobilité faible ■ Thèmes de santé tabous : dépendances, sexualité, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Des brassages culturels ruraux/urbains ■ Un attachement au territoire avec sentiment d'appartenance ■ Des portes d'entrée sociale et citoyenne
Dynamique communautaire		
<ul style="list-style-type: none"> ■ Réseaux d'échanges réciproques de savoirs ■ Soutien et lien social ■ Initiatives communautaires 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sensation de contrôle par maillage trop serré des professionnels ■ Sensation d'étouffement ou d'isolement des habitants ■ Éloignement par rapport aux autres initiatives 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Des habitants, relais socio-culturels ■ Des solidarités de proximité (famille, voisinage) et des solidarités intergénérationnelles ■ Des réseaux d'échanges réciproques de savoirs ■ Des initiatives communautaires
Environnements		
<ul style="list-style-type: none"> ■ Approche socio-écologique ■ Nouveaux territoires de vie ■ Notion de temps 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Exode rural, raréfaction des ressources, distances géographiques ■ Espaces de convivialité limités ■ Limitation des moyens 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Un habitat plus proche des milieux naturels ■ Des modes de vie plus « sains » : alimentation, activité physique, etc. ■ Des espaces géographiques homogènes

Axes d'intervention	Facteurs limitants	Points d'appui pour l'action
Offre de biens et services en santé		
<ul style="list-style-type: none"> ■ Professionnels ■ Démographie, réseaux ■ Pluri-institutionnalité 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Petit nombre et isolement des professionnels ■ Services peu diversifiés ■ Désertification des soins 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Des réseaux professionnels avec intrication des rôles socio-sanitaires des professionnels : polyvalence et engagement ■ Des structures de proximité à composante socio-culturelle (éducation populaire, foyers de jeunesse, etc.) ■ Des nouvelles missions pour les professionnels (santé/social) de proximité
Politiques et stratégies		
<ul style="list-style-type: none"> ■ Mesures législatives et réglementaires ■ Planification – organisation ■ Mutualisation des moyens 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Politiques sectorielles, juxtaposées ■ Préoccupations sociales au premier plan ■ Isolement des décideurs 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Une sensibilisation des décideurs et des élus pour mettre en œuvre de nouvelles réponses locales de santé ■ La politique nationale : loi 2005-157 du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux ; loi 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique ■ De nouvelles logiques de développement plus durable

EXEMPLE 2**COMMENT LE QUÉBEC « SE BOUGE » POUR ENDIGUER LA SÉDENTARITÉ**

VÉRONIQUE MARTIN

Après presque trente ans d'existence, le programme Kino-Québec continue de favoriser la pratique d'activités physiques. Parcours pédestres sécurisés pour écoliers, quartiers aménagés afin d'augmenter le nombre d'utilisateurs des pistes cyclables, politiques de tarification avantageuse pour les familles... Plutôt que de renvoyer à la responsabilité individuelle de chacun dans la lutte contre la sédentarité, le programme Kino-Québec mise de plus en plus sur le développement d'un environnement favorable pour « se bouger » en collaboration avec les milieux scolaire, municipal et associatif. Les jeunes Québécois passent en moyenne quinze heures par semaine à regarder la télévision, soit à peu près le même taux qu'en France : ce chiffre situe la concurrence que représentent les loisirs dits passifs par rapport à la pratique d'activités physiques. S'ajoute à cela un étalement urbain, et donc des distances très longues à parcourir et des temps importants consacrés aux transports. Au Québec, le nombre d'automobiles a augmenté de 68 % entre 1985 et 2000 (ministère du Transport du Québec, 2005). Autre élément à mentionner dans ce contexte : un jeune sur cinq présente un excès de poids. En termes de pratique d'activités physiques, moins de la moitié (44 %) des 12-17 ans sont actifs pendant leurs loisirs.

C'est dans ce cadre que le programme Kino-Québec continue de promouvoir un mode de vie physique actif, où les activités physiques et sportives sont intégrées dans le quotidien, que ce

soit pour les loisirs ou les déplacements. Il est géré par trois entités : deux ministères (le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, qui est chef de file, et le ministère de la Santé et des Services sociaux) et les directions de santé publique des dix-huit agences régionales de santé et de services sociaux. Le programme est coordonné au niveau national par quatre professionnels qui veillent à planifier, influencer et « réseauter » - il est relayé par un réseau de trente-cinq conseillers régionaux qui interviennent comme experts-conseils et agents d'influence et de mobilisation. Parmi les acteurs partenaires, notons la présence grandissante d'agents de promotion des saines habitudes de vie dans les centres locaux de santé et de services sociaux (CSSS).

En 2005, Kino-Québec a adopté un cadre conceptuel qui tient compte autant des facteurs personnels que de ceux associés à l'environnement. Ce cadre souligne combien il faut agir sur les facteurs environnementaux, organisationnels et sociaux, car ils jouent un rôle déterminant dans l'adoption ou le maintien d'un mode de vie physiquement actif. Par ailleurs, le plaisir étant un facteur individuel important dans l'adoption et le maintien d'un comportement actif, Kino-Québec a privilégié ce facteur comme axe de communication (notamment la campagne « Plaisirs d'hiver », ou encore le message générique « Le plaisir selon Kino-Québec... »).

Comme une intervention doit, pour se montrer efficace, être suffisamment intense et durable et avoir des ressources suffisantes, le programme Kino-Québec concentre, depuis 2005, ses actions dans deux milieux de vie : le milieu scolaire et le milieu municipal (la famille, le quartier, la communauté). Leurs représentants sont invités à concevoir et promouvoir des environnements favorisant les modes de déplacement actifs et la participation aux activités physiques et sportives. Pour épauler ces acteurs, nous mettons à leur disposition des résultats d'études, de recherches et, plus particulièrement, d'avis du Comité scientifique Kino-Québec.

Ainsi, en 1998, Kino-Québec a produit un document qui s'intitulait *Les filles, c'est pas pareil*, pour documenter la problématique de la moins grande participation des adolescentes en matière d'activités physiques. Les goûts et les intérêts des filles diffèrent de ceux des garçons ; les filles bougent pour la forme et le plaisir, elles préfèrent la marche, la danse, la natation, la randonnée à vélo et le patinage libre. Des aspects moins connus ont été soulevés : les filles se perçoivent comme moins bonnes que les garçons et ce phénomène fait son apparition dès l'âge de 6 ans. De plus, les programmes offerts aux jeunes par les milieux scolaire, municipal ou communautaire touchent davantage les garçons que les filles, et peu de cours destinés aux adolescentes offrent des activités sportives non compétitives. Ce constat - et d'autres - a permis d'émettre des recommandations et des pistes d'action afin que les milieux scolaire et municipal revoient leurs offres de service aux jeunes filles.

L'école, un milieu stimulant

Pour rendre l'environnement plus favorable à la pratique d'activités physiques, il faut améliorer la disponibilité des produits et des services, augmenter la présence d'infrastructures de loisir et animer les lieux de pratique. Kino-Québec a produit, il y a quelques années, le document *Mieux vivre ensemble dans la cour d'école*, à l'intention des écoles primaires. Ce document fait notamment état d'exemples d'écoles ayant posé des actions concrètes dans le but d'aménager et d'animer leur cour d'école. Ainsi, si certaines écoles ont instauré un programme de *leadership* étudiant (un tel programme permet aux élèves des classes de 5^e et 6^e années de participer à l'organisation d'activités sportives structurées durant les récréations ; ces jeunes deviennent capitaines, arbitres ou marqueurs), d'autres ont attribué des espaces de jeu lors des récréations afin de favoriser la participation active de tous les jeunes. Ces derniers choisissent, chaque semaine, l'activité à laquelle ils désirent participer. Plusieurs choix d'activités sont possibles et l'inscription des jeunes est obligatoire.

Des écoles secondaires mettent aussi à la disposition des jeunes leur gymnase après les heures de cours, ou encore privilégient la mise en place d'une programmation variée d'activités physiques et sportives sur l'heure du déjeuner pour répondre aux goûts et intérêts des adolescents. Pour les jeunes filles, la danse aérobic et les cours de « *streetdance* » ont beaucoup de succès. D'autres écoles ont choisi d'améliorer leurs infrastructures selon les nouvelles tendances qui rejoignent les goûts des adolescents : réserver une partie de la cour à l'aménagement de structures pour la planche à roulettes, aménager une salle d'entraînement dans l'école ou acheter du matériel destiné à l'apprentissage des arts du cirque.

Toujours dans le cadre scolaire, Kino-Québec réalise, depuis 2000, le concours « École active ». De manière à encourager la mise en place d'environnements sains et sécuritaires, le concours « École active » offre un soutien financier (entre 500 \$ et 1000 \$) aux écoles qui, parce qu'elles souhaitent se transformer en milieux propices à la santé, proposeront un projet d'achat de matériel ou d'aménagements. Par exemple :

- Élargir la gamme d'activités offertes pendant les cours d'éducation physique, sur l'heure du midi ou après les heures de classe (sport étudiant, plein air, etc.);
- Organiser les récréations de façon à ce que les jeunes mettent en pratique les habiletés et les attitudes essentielles à l'acquisition d'un mode de vie physiquement actif;
- Favoriser des modes de transport actifs et sécuritaires vers l'école (marche, vélo).

Somme toute, la qualité de l'environnement offert à l'école est déterminante, car c'est souvent en milieu scolaire que les jeunes ont la possibilité de vivre des expériences positives en ce qui concerne la pratique d'activités physiques et sportives.

Un quartier qui donne le goût de bouger

Le milieu municipal occupe également une place de premier plan afin de rendre la population plus active physiquement. Outre le fait que la municipalité peut, elle aussi, intervenir sur l'environnement physique – améliorer et promouvoir l'accessibilité (proximité, disponibilité, gratuité, etc.) des infrastructures de loisir, des installations sportives, des voies cyclables et des endroits pour la marche –, elle peut offrir une variété d'activités qui répondent aux goûts et aux besoins des citoyens de tous âges et mettre en place une structure de soutien à l'activité physique (par exemple, un club de marche) ou encore des politiques, des normes et des règlements qui favorisent la pratique d'activités physiques. Kino-Québec a récemment publié un document intitulé *Aménageons nos milieux de vie pour nous donner le goût de bouger*. Ce document a pour but de renseigner les municipalités sur la notion d'environnement physique favorable à la pratique d'activités physiques et de les inviter à considérer certains éléments permettant d'offrir des environnements propices à la pratique d'activités physiques lorsqu'ils adoptent des politiques, des règlements, des plans d'urbanisme et des schémas d'aménagement du territoire. Plusieurs municipalités ont déjà emboîté le pas et ont réalisé des actions concrètes en ce sens.

Les activités de communication pour une pratique régulière

Un dernier facteur important afin de promouvoir l'activité physique est de mener des activités de communication. Réaliser des campagnes promotionnelles comporte de nombreux avantages : elles permettent d'informer la population sur les activités offertes, de l'inciter à adopter une attitude positive et de renforcer son intention d'être plus active physiquement. Les campagnes promotionnelles permettent aussi à Kino-Québec de travailler étroitement avec les municipalités et les écoles, afin qu'elles organisent de nouvelles activités ou mettent en valeur les activités déjà existantes.

Une campagne promotionnelle remporte un franc succès, depuis plusieurs années, c'est la campagne « Plaisirs d'hiver ». À partir de janvier, Kino-Québec invite les municipalités et les écoles à utiliser ses outils promotionnels (affiches, banderoles, objets divers, etc.) afin d'organiser, de

promouvoir et de mettre en valeur des activités hivernales simples et peu coûteuses. Les objectifs de Plaisirs d'hiver sont les suivants :

- Augmenter les occasions de pratiquer des activités accessibles (patinage, glissade, raquette, ski de fond, marche, hockey-bottines, etc.);
- Faire découvrir ou redécouvrir le plaisir de pratiquer des activités que l'on peut facilement intégrer à son mode de vie;
- Réduire les obstacles à la participation aux activités hivernales en facilitant leur accessibilité dans un environnement sécuritaire (présence d'installations, proximité des lieux d'activité, ateliers d'initiation, location, prêt ou échange d'équipement, etc.).

Des approches de plus en plus concertées et intégrées

Les approches intégrant la promotion de plusieurs habitudes de vie, notamment l'alimentation et l'activité physique, se font de plus en plus nombreuses. Par exemple, le programme « 0-5-30 combinaison prévention » est implanté dans plusieurs régions du Québec; il propose des interventions axées sur la promotion des habitudes de vie saines (0 tabagisme, 5 portions de fruits/légumes par jour, et 30 minutes d'activité physique quotidiennes) dans le but de réduire le développement des maladies chroniques. Ce programme s'articule autour de deux stratégies : les actions éducatives et les actions environnementales. Les actions éducatives ciblent l'individu, notamment par les pratiques cliniques préventives des professionnels de la santé. Elles visent à habiliter les médecins en cabinet privé à introduire un *counselling* bref de promotion d'habitudes de vie saines, par la visite du délégué médical de prévention dans les écoles, des activités de formation, et par la création d'outils d'aide à l'intervention. Les actions environnementales touchent autant les jeunes, les familles que les communautés, particulièrement les personnes vivant en contexte de vulnérabilité. Elles s'adressent aux décideurs, dirigeants, élus et organisateurs afin de promouvoir la création d'environnements favorables aux habitudes de vie. Bien que cette approche ne soit pas sous la responsabilité du programme Kino-Québec, les conseillers régionaux sont de plus en plus appelés à travailler au sein d'équipes multidisciplinaires en tant qu'experts en activité physique.

Un vaste éventail d'interventions

Si l'on veut accroître le volume d'activité physique et freiner l'augmentation préoccupante de l'obésité, il faut mettre en place un vaste éventail d'interventions. Des interventions qui agissent autant sur la personne que sur son environnement, qui sont réalisées sur les scènes locale, régionale et nationale et, enfin, qui nécessitent un partenariat fructueux et une concertation intersectorielle. Le programme Kino-Québec continue d'agir en ce sens afin que la population québécoise soit plus active physiquement.

Voici quelques exemples d'adaptation de l'environnement à la pratique de l'activité physique.

- **La ville de Saint-Constant** a construit à côté de la gare un quartier résidentiel mixte (destiné à tous les types de familles). Tout y est conçu pour favoriser la marche à pied et le recours aux transports en commun; les déplacements à pied et à bicyclette sont favorisés par l'aménagement de sentiers qui convergent vers la gare. La proximité d'une garderie et celle de deux écoles incitent aussi à effectuer les trajets à pied. Un parc sportif municipal est prévu à l'est du terrain et l'on y installera plusieurs équipements tels des terrains de tennis, de soccer (NDLR : de football), de balle, etc. L'objectif : une meilleure accessibilité pour tous, qui ne nécessite pas de déplacements en voiture.
- **La ville de Sherbrooke.** L'objectif privilégié est de permettre aux familles de circuler en toute sécurité, peu importe le mode de déplacement choisi. Ainsi, des « corridors scolaires » ont été implantés aux abords des écoles primaires pour favoriser une circulation piétonnière sécuritaire des élèves. Un diagnostic de la situation dans un périmètre d'un kilomètre autour de chaque

école a été effectué. Cette analyse a permis de déterminer les actions à entreprendre pour créer des parcours sécuritaires. Les pistes d'action retenues variaient d'une école à l'autre : avancées de trottoir, aménagement de passages pour les écoliers, panneaux de signalisation, etc. Divers services municipaux ont été mis à contribution, avec la collaboration des directions d'école et des conseils d'établissement, pour créer ces parcours. Jusqu'à maintenant, des parcours ont pu être établis autour de vingt-trois écoles.

■ **La piste du Parcours-des-Anses**, située dans la ville de Lévis en bordure du fleuve Saint-Laurent, d'une longueur de 13,5 km, est accessible pendant la belle saison aux adeptes de la marche, du vélo et du patin à roues alignées (*NDLR* : roller), de même qu'aux personnes à mobilité réduite. Des aires de repos dans plusieurs parcs ainsi que des points de services sont présents sur le parcours. Depuis début 2005, une section de 6 km est ouverte pour la marche pendant la saison hivernale. De plus, de nombreux Lévisiens l'empruntent quotidiennement pour se rendre au traversier (qui permet de se rendre à Québec par voie maritime).

■ **À Ville-Marie**, la nécessité d'une piste cyclable dans la ville afin de rendre la pratique du vélo plus sécuritaire - particulièrement pour les enfants - était criante. Un groupe de travail a proposé un tracé pour une boucle d'environ 4 km, et a consulté la population. À la suite de ces démarches, la ville a investi les fonds nécessaires à la réalisation de la voie cyclable. La popularité immédiate de cette nouvelle piste cyclable a confirmé le besoin manifesté.

FICHE 2

Prévention

JEAN-LOUIS SAN MARCO
CHRISTINE FERRON

DÉFINITIONS : DE LA PRÉVENTION CENTRÉE SUR LES PATHOLOGIES À LA PRÉVENTION CENTRÉE SUR LES POPULATIONS

La conception actuelle de la prévention en limite fortement l'impact. Il s'agit, selon la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), de l'ensemble des mesures prises pour éviter la survenue d'un accident ou d'une maladie.

Cette définition interdit son intégration dans l'ensemble de la prise en charge sanitaire et son articulation avec le soin, largement hégémonique dans ce champ. Loin des préoccupations prioritaires des thérapeutes, quasi exclusivement engagés dans le soin, elle reste accessoire. Sa seule proximité avec le soin est qu'elle est censée utiliser les mêmes méthodes, se distinguant seulement par une délivrance plus précoce. Préoccupation minoritaire des curateurs, elle est défendue par des acteurs eux-mêmes très minoritaires.

Ponctuelle, fondée sur une conception négative de la santé, extérieure à l'individu et au groupe, prescrite et délivrée, on lui reconnaît deux modalités de référence : la vaccination contre les maladies infectieuses et les règles prescrites pour réduire la violence routière. Les premières sont proposées ou imposées, les secondes légalement obligatoires ; aucune ne nécessite la participation active de la population cible.

La classification de l'OMS en trois parties, selon le stade de la maladie où elle est appliquée, correspond bien à cette représentation. La prévention *primaire* réduit l'*incidence* d'une maladie, la *secondaire* en minimise la *gravité*, la *tertiaire* en diminue les *séquelles*. Elles sont toutes les trois de bons renforcements du soin, de même nature que lui.

Cette conception de la prévention, calquée sur le soin dont ne la distingue même plus la précocité de sa délivrance (à cause de la prévention tertiaire), dirigée contre des risques et non orientée positivement vers la santé, était bien adaptée à des problèmes sanitaires représentés majoritairement par des pathologies aiguës, surtout infectieuses, et aux accidents.

Elle n'est plus adaptée à des pathologies chroniques, d'étiologie multifactorielle, d'évolution séquentielle, à l'origine desquelles le comportement de l'individu n'est pas étranger et qui font l'essentiel de l'activité médicale d'aujourd'hui.

Une première adaptation a été proposée par R.S. Gordon en 1982. Sa classification faisait référence à la population à laquelle s'adresse la prévention. Cette classification élimine deux inconvénients de la conception précédente : d'une part, ce n'est plus le stade de la maladie auquel on l'applique qui la caractérise, mais la population à laquelle elle s'adresse ; d'autre part, elle peut s'adapter à une pathologie d'origine multifactorielle et d'évolution séquentielle.

Cette classification réunit une prévention *universelle*, destinée à l'ensemble de la population, sans tenir compte de son état de santé, et qui rassemble les grandes règles de l'hygiène ; une prévention *orientée*, qui s'adresse à des sous-groupes en fonction des risques particuliers auxquels ils sont exposés ; enfin une prévention *ciblée*, quand la présence de facteurs de risque dans des groupes spécifiques vient renforcer le danger.

Cette classification souligne notre faible investissement dans la prévention universelle, quasiment nul avant le Programme national nutrition-santé (PNNS)... Les vaccinations y relèvent de la prévention orientée, en fonction de risques spécifiques à certains groupes d'âge.

Mais la prévention reste ici encore délivrée et prescrite, sans nécessité de participation de l'individu ou de la population. Il lui faut pourtant, pour s'appliquer à des pathologies dans la genèse desquelles le comportement de l'individu est impliqué, reposer sur une participation active du sujet ou de la population, favorisant chez ces derniers l'appropriation de l'attitude préventive. Elle ne peut pas être prescrite efficacement de l'extérieur !

Cela conduit à proposer une autre classification de la prévention, dérivée de la précédente mais centrée sur la *participation* du sujet ou de la population cible, face à des pathologies découlant souvent d'une relation perturbée avec des produits dits « de civilisation » – conduite automobile, alimentation industrielle, alcool, tabac, etc. –, et par ailleurs d'évolution chronique. La participation du sujet est d'une importance majeure dans la prévention de ces affections, et elle est indispensable à l'efficacité de leur soin.

La prévention *universelle*, inchangée dans sa cible, devient ici *l'éducation pour la santé*, nécessaire pour que la population puisse s'impliquer activement dans la mise en œuvre des actions de prévention et se les approprier. La prévention *orientée*, destinée aux divers sous-groupes en fonction de leurs risques spécifiques – qu'existent ou non des facteurs de risque –, correspond au champ classique de la *prévention des maladies* et repose à la fois sur des mesures extérieures et sur l'apprentissage de chacun à la gestion de ses propres risques.

Enfin, la prévention *ciblée* s'adresse aux *malades* pour leur apprendre à gérer leur affection et son traitement : elle correspond à *l'éducation thérapeutique*.

Cette représentation, globalisante, rassemble enfin dans un champ unique toute la population, quel que soit son état de santé ; elle réunit en outre le soin et la prévention, qui se croisent en particulier dans l'éducation thérapeutique, ce qui bénéficie à ces deux modalités de gestion de la santé et de la maladie. Enfin et surtout, elle souligne la part importante de chacun dans la gestion de sa santé, quel qu'en soit le niveau, sans réduire l'importance des mesures extérieures prescrites. Cela ouvre de larges perspectives de bénéfices, sanitaires d'abord, mais aussi économiques.

La prévention est donc l'ensemble des mesures prises pour éviter la survenue d'un accident ou d'une maladie, mais c'est aussi tout ce que font un individu ou un groupe, informés et responsabilisés, en faveur du maintien ou de l'amélioration de sa santé.

RÔLE DE L'ARS DANS L'ÉTABLISSEMENT D'UNE POLITIQUE DE PRÉVENTION

- Créer en son sein une direction dédiée à la prévention. Celle-ci doit comporter une participation croisée avec les autres directions, clé d'une véritable transversalité des responsabilités et des actions.
- Affirmer une politique de santé associant à la *gestion de crise* (seule investie jusqu'ici) une culture de la *gestion du risque*, impliquant la participation de chacun à la conduite de sa santé.
- Présenter cette politique comme prioritaire, en fixer les objectifs précis et le calendrier de montée en puissance.
- Structurer les acteurs de la prévention en région : prendre appui sur les schémas régionaux d'éducation pour la santé (Sreps), les pôles régionaux de compétence en éducation pour la santé, les volets prévention des Sros, sur les travaux des observatoires régionaux de santé, sur les efforts de l'Assurance maladie et des établissements de santé pour structurer l'éducation thérapeutique du patient.
- Organiser une formation de formateurs, à l'éducation thérapeutique comme à l'éducation pour la santé, multiprofessionnelle, concernant des personnels de statuts différents, n'ayant jamais bénéficié de formation commune... Aborder tout de suite le problème de la formation initiale des différents intervenants, à régler au niveau national.
- Suivre et encadrer la généralisation de l'application de cette nouvelle prise en charge en validant les structures autorisées à intervenir dans ce champ, et en établissant avec elles des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.
- Organiser une évaluation de la situation, des besoins, des structures, des résultats et du suivi.
- Contribuer à développer la recherche en prévention.
- Évaluer l'importance des fonds nécessaires et les gérer, en organisant si besoin la participation contrôlée de fonds d'origine privée.

FICHE 3

Région, département, commune

FRANÇOISE TENENBAUM

LES COMPÉTENCES RÉGLEMENTAIRES DES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES EN MATIÈRE DE SANTÉ PUBLIQUE

Les collectivités locales disposent d'une compétence générale. Celle-ci est ancienne pour les communes : article L. 121-26 du Code des communes, « *le conseil municipal règle par ses délibérations les affaires de la commune* ». Elle est beaucoup plus récente pour les départements et les régions (article 23 et 59 de la loi n° 82-213 du 2 mars 1982 relative aux droits et libertés des communes, départements et régions) : « *le conseil général règle par ses délibérations les affaires du département [...], le conseil régional règle par ses délibérations les affaires de la région* ». « *Le champ de cette compétence générale est défini par deux principes : la territorialité et l'intérêt à agir. Trois critères peuvent déterminer l'existence d'un intérêt à agir : absence d'une compétence exclusive d'une autre collectivité ou autorité ; absence d'interdiction légale d'intervenir ; existence d'un lien assuré avec la commune (ou le département) ou l'un de ses éléments constitutifs¹.* »

Les communes disposent également de compétences spécifiques puisque, sous réserve de disposer de services communaux d'hygiène et de santé (SCHS), elles peuvent assurer le contrôle technique et administratif des règles d'hygiène inscrites dans le Code de la santé publique.

Les lois n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la santé publique et n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales ont :

- confié, sous la présidence du préfet de région, la gouvernance de la politique régionale de santé publique au Groupement régional de santé publique (GRSP), Groupement d'intérêt public (GIP) dont le conseil d'administra-

1. D'après Y. Luchaire, *La commune*, dans Les collectivités territoriales, *Cahiers français*, n° 239, 1989.

tion comprend aussi bien les services de l'État, l'Agence régionale de l'hospitalisation, l'Assurance maladie (Urcam) que les collectivités territoriales – communes, départements, région ;

- transféré à l'État des actes de dépistage auparavant assumés par les départements, mais ceux-ci restent l'institution compétente en matière de petite enfance, de protection maternelle et infantile, de personnes âgées et de personnes handicapées ;

- affirmé que *« dans le cadre des compétences qui lui sont reconnues par l'article L. 4221-1 du Code général des collectivités territoriales, le conseil régional peut définir des objectifs particuliers à la région en matière de santé². Il élabore et met en œuvre les actions régionales correspondantes. Il informe le représentant de l'État dans la région sur le contenu de ces actions et les moyens qu'il y consacre »*.

DES PRATIQUES QUI INTÈGENT LA SANTÉ PUBLIQUE DANS DES COMPÉTENCES PLUS VASTES ET PLUS FONDAMENTALES POUR LES COLLECTIVITÉS LOCALES

« Si le conseil régional et les conseils généraux ont des compétences et des intérêts reconnus dans le domaine, celui des communes (et des établissements publics de coopération intercommunale – Epci) pour la santé publique ne cesse de progresser. C'est d'ailleurs souvent au niveau de cet échelon territorial que la dimension politique de la santé publique s'affirme.

Le fait de pouvoir considérer la santé publique à travers plusieurs champs d'intervention (action sociale, aménagement du territoire, environnement, etc.) dénote son caractère transversal et appelle la question d'un lien avec la santé publique à devenir systématique dans toute discussion³. »

Les communes, les CCAS/Cias et les Epci

Les communes, les centres communaux d'action sociale (CCAS/Cias) et leurs établissements publics de coopération intercommunale (Epci) développent des actions volontaristes et soutenues en santé publique à travers :

- Les actions de police sanitaire⁴ générale, et de contrôle technique et administratif en matière d'hygiène du milieu, mises en œuvre par les services

2. Article L. 4221-1 du Code général des collectivités territoriales : *« Le conseil régional règle par ses délibérations les affaires de la région. Il a compétence pour promouvoir le développement économique, social, sanitaire, culturel et scientifique de la région et l'aménagement de son territoire et pour assurer la préservation de son identité, dans le respect de l'intégrité, de l'autonomie et des attributions des départements et des communes. Il peut engager des actions complémentaires de celles de l'État, des autres collectivités territoriales et des établissements publics situés dans la région, dans les domaines et les conditions fixés par les lois déterminant la répartition des compétences entre l'État, les communes, les départements et les régions. »*

3. In : Apport des collectivités locales à la politique de santé publique. Bilan depuis la loi du 9 août 2004, *Politique de la Santé publique*, ORS Ile-de-France, 2009.

4. L'article L. 131-2 du Code des communes, en définissant le pouvoir de police générale du maire, lui donne une responsabilité générale pour *« assurer le bon ordre, la sûreté, la sécurité et la salubrité publique »*. Cet article mentionne ensuite dans ses *« notamment »* : *« 2° le soin de réprimer les atteintes à la tranquillité publique telles que [...] les bruits y compris les bruits de voisinage, [...] et tous actes de nature à compromettre la tranquillité publique, [...] 6° le soin de prévenir, par des précautions convenables, et de faire cesser, par la distribution de secours nécessaires, les accidents et les fléaux calamiteux ainsi que les pollutions de toute nature tels que [...] les maladies épidémiques ou contagieuses, les épizooties, de pouvoir d'urgence à toutes les mesures d'assistance et de secours [...] »*, in : *Actualité et dossier en santé publique – Les collectivités locales et la santé publique*, n° 5, décembre 1993.

communaux d'hygiène et de santé⁵ exerçant par délégation une compétence de l'État dans tout ou partie des domaines concernés ;

- Les plans locaux d'urbanisme (PLU et maintenant Eco-PLU, avec un réel souci de prise en compte de la préservation de la qualité de l'environnement) ;
- Les programmes locaux de l'habitat (PLH) et la lutte contre le logement indigne ;
- Les actions de protection de l'environnement et de lutte contre la pollution (eau, sol, air, bruit) à travers, par exemple, les plans de déplacements urbains (PDU) ou les plans énergie-climat, les plans régionaux pour la qualité de l'air (PRQA) ;
- La politique de la ville, le plan éducatif local (PEL) et le programme de réussite éducative (PRE), le contrat urbain de cohésion sociale (Cucs), ou encore les ateliers santé-ville (ASV), dont les actions visent les populations des quartiers en difficulté (Zus) ;
- La restauration des écoliers (en maternelle et primaire) et des personnes âgées *via* le portage à domicile.

Certaines communes, souvent réunies dans le Réseau français des villes-santé de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), organisent de plus des actions de proximité très volontaristes auprès de la population : nutrition (elles peuvent être labellisées par le ministère de la Santé en tant que « Ville des PNNS₁ ou PNNS₂ – Programme national nutrition-santé 1 ou 2), prévention du diabète, prévention et dépistage des cancers (citons l'action nationale Octobre rose de prévention du cancer du sein, ou encore les actions de prévention du mélanome), hygiène bucco-dentaire notamment dans les établissements scolaires et périscolaires, vaccination, lutte contre les addictions et les dépendances, lutte contre les infections sexuellement transmissibles (IST). Elles participent aussi aux différentes journées mondiales : tabac, santé mentale et prévention du suicide, lutte contre certaines maladies – mucoviscidose, myopathies, prévention du mauvais vieillissement et prévention du développement de la maladie d'Alzheimer, avec aide aux aidants naturels dans la prise en charge de leurs patients...

Enfin, les CCAS des villes, astreints depuis 1995 à effectuer une *analyse annuelle des besoins sociaux (ABS)*, ont, sous l'égide de l'Unccas⁶ et avec un cabinet d'études spécifique, protocolisé cette démarche qui produit maintenant une base de données territorialisée commune à tous les partenaires de la santé et du social, y compris l'État. Cet outil est, dans les communes où il est réalisé, un élément indispensable à la définition des priorités d'action.

Les conseils généraux

À travers la Protection maternelle et infantile (PMI), les départements ont un rôle majeur à jouer en santé publique auprès des enfants et des mères. Les

5. 208 SCHS sur le territoire national.

6. Union nationale des centres communaux et intercommunaux d'action sociale.

services des départements devront être partie prenante dans les réseaux périnataux chargés d'assurer le maillage du territoire et être les relais locaux des établissements de soins. Ils ont, par ailleurs, en charge la restauration des collégiens.

Au sein des programmes départementaux d'insertion (PDI), les conseils généraux sont également porteurs d'actions de santé publique pour les personnes en difficulté sociale ou économique : il est en effet nécessaire d'accompagner vers la santé les populations très fragilisées, éloignées de l'information et dont les ressources modestes sont un frein à la « consommation de santé ».

Enfin, leurs compétences dans le champ du handicap et des personnes âgées en font des acteurs incontournables pour ces publics.

Les conseils régionaux

Conformément à leurs compétences réglementaires, les conseils régionaux ont des politiques dynamiques dans :

- L'aménagement du territoire : le maillage des infrastructures et les transports ;
- La définition de la « politique de la ville », ou encore du contrat urbain de cohésion sociale et de ses variantes, et le cofinancement des actions ;
- Le financement des formations sanitaires et sociales, et leur répartition sur l'espace régional (schéma des formations sanitaires et médico-sociales) ;
- Les politiques de prévention et d'aide aux équipements hospitaliers de pointe ;
- La recherche et développement (R & D) : l'innovation dans le domaine de la santé.

Leur représentativité vis-à-vis de la population qui les a élus les rend porteurs d'une vision globale et régionale du système de santé nécessitant des arbitrages territoriaux entre proximité et qualité des soins. Ils représentent le niveau régional de la démocratie, et sont donc des partenaires incontournables de la gouvernance des politiques de santé.

À titre d'exemples, les conseils régionaux financent seuls ou dans le cadre de conventions avec les institutions ou acteurs de la santé (ARH, Drass, Ddass, Urcam, URML, conseils des ordres des professionnels, conseils généraux, communes, Epci, etc.) :

- Les maisons de santé pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles ;
- Les réseaux de santé ;
- Les transports sanitaires d'urgence (ex. : hélicoptères) ou transports à la demande pour populations rurales ne pouvant se rendre seules en consultation ;
- Les systèmes de télémédecine et de télésanté ;
- Les appels à projets en santé publique auprès des lycées et des lycéens (les lycées sont rattachés aux conseils régionaux) ;
- Les dispositifs de dépistage des cancers ou de diverses pathologies ;
- Les actions diverses tendant à attirer des professionnels de santé dans des zones à faible densité : contrats « réciprosanté » pour infirmiers, sages-

femmes ou encore kinésithérapeutes, allocations pour internes en médecine générale ou dentistes ;

■ La restauration des lycéens.

Enfin, les contrats de pays financés par les régions peuvent comprendre un volet santé « contrats locaux de santé » auxquels émargent aussi bien le cofinancement d'infrastructures que la rémunération de personnel.

DE L'INTÉRÊT D'ASSOCIER CES COLLECTIVITÉS LOCALES ET LEURS ÉLUS DANS LA DÉFINITION ET LA MISE EN ŒUVRE DES PRIORITÉS ET ACTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE DES ARS

La variété, la richesse et le volume des actions en santé publique entreprises par les collectivités territoriales – même lorsque ces dernières n'ont pas de compétence propre en la matière et que ces actions sont réalisées par le biais d'autres compétences – nous poussent à recommander que les directeurs des ARS les associent bien à la définition et à la mise en œuvre des priorités et actions de santé publique. Les ignorer, s'en passer ou les associer trop tard au processus de décision et de réalisation serait tout à fait contre-productif.

Mais, pour réussir ce partenariat, il convient de respecter l'autonomie et le mode de fonctionnement des collectivités territoriales, car il ne s'agit pas d'administrations mais d'entités élues.

Leur autonomie électorale exige la transparence. Nous recommandons donc de ne pas englober leurs actions dans un dispositif contraignant ni de leur demander de contribuer à un fonds commun, mais de les associer et de les encourager à développer des actions sur les priorités de santé publique définies en commun, avec la même méthodologie et les mêmes types d'évaluation, et en relation très étroite avec les équipes locales de santé.

Pour encourager les élus à assumer et à financer des actions de santé publique et pour combattre leur rejet pur et simple au motif que ce serait « de la compétence de l'État (ARS) », nous recommandons que l'ARS ait à cœur de leur attribuer des « crédits leviers ».

Leur besoin de communication propre est patent, car les élus ont à rendre compte à leurs mandants – que sont les électeurs –, tant sur les actions entreprises par rapport au « contrat » passé entre les élus et la population lors des élections démocratiques qui les ont mis en place que par rapport aux crédits utilisés et qui proviennent des impôts rattachés aux collectivités territoriales. Ainsi, de façon tout à fait pragmatique, il faut comprendre que les collectivités locales ont à communiquer indépendamment et, plutôt qu'en prendre ombrage, il est sage de coordonner la communication de l'ARS et la leur.

L'adhésion de la population aux actions de santé publique passe par leurs représentants élus⁷.

La santé publique est un domaine trop important pour ne pas en faire le lieu par excellence d'un partenariat riche, constructif et respectueux de chacun.

7. Cf. déclaration de l'OMS à Jakarta en 1997.



FONCTIONS, COMPÉTENCES, TERRITOIRES

FICHE 4

Intersectorialité et interministérialité

Changer les comportements, changer les environnements

VÉRONIQUE MALLET

L'un des objectifs ayant présidé à la constitution des agences régionales de santé (ARS) est le décloisonnement entre le préventif et le curatif, la médecine de ville et l'activité hospitalière, et le médico-social. Les mesures ciblent essentiellement le décloisonnement des prises en charge, permettant une approche plus globale d'une part, et la promotion d'habitudes de vie et de comportements plus favorables à la santé d'autre part.

Mais l'ARS devrait également permettre de faire un saut qualitatif en promotion de la santé en encourageant le développement de mesures ciblant les environnements. Cette approche, qualifiée classiquement d'intersectorialité est favorisée au niveau national grâce au développement de l'interministérialité. Elle doit être développée au niveau régional, mais également dans un champ géographique de proximité qui définit le périmètre opérationnel des acteurs et des actions. Elle permet une meilleure analyse des problématiques (approche systémique en utilisant les spécificités de chacun), et la hiérarchisation des besoins est ainsi facilitée.

L'intersectorialité implique une pluridisciplinarité « harmonieuse » et installe une complémentarité débouchant sur la collaboration en vue de la coopération et de la mutualisation des moyens (humains et matériels).

Il est à noter que, dans le cadre de la réforme générale des politiques publiques en région, les ARS, tout en gardant un statut particulier leur conférant une certaine autonomie, seront l'une des huit directions autour du préfet aux côtés de l'Éducation nationale (rectorat), l'Environnement, l'Aménagement et le Logement (Dreal), la Jeunesse, les Sports et la Cohésion sociale, (DRJSCS), le Travail (Direccte), l'Agriculture et l'Alimentation (Draaf). Cette

nouvelle configuration présente le risque d'enfermer la santé dans sa logique propre et d'affaiblir de fait la prise en compte d'une approche intersectorielle (santé-environnement, santé-travail, santé-cohésion sociale, etc.).

Il est donc essentiel que le travail interministériel et intersectoriel perdure et prenne de l'ampleur en conférant aux ARS les capacités d'interpeller, de conseiller, de mobiliser services de l'État et collectivités territoriales, mais aussi acteurs économiques, et qu'il permette ainsi la prise en compte de la dimension santé dans des politiques ne s'inscrivant pas dans son champ.

La création des ARS doit permettre de :

- Faire de la santé publique et de la prévention la véritable colonne vertébrale de la politique de santé dans les régions ;
- Promouvoir une approche intersectorielle et interministérielle en capacité d'agir avec efficacité sur les déterminants de santé ;
- Soutenir les décideurs locaux et de légitimer des opérateurs pour qu'ils puissent :
 - Faire le lien entre soins et prévention en favorisant la prévention médicalisée organisée, intégrée dans l'activité des professionnels de santé de premier recours et en développant des mesures individuelles et collectives ciblant les comportements (éducation du patient, éducation pour la santé, activités physiques, etc.) ;
 - Favoriser les mesures ciblant les environnements grâce à des collaborations intersectorielles, à un travail de réseau, à la prise en compte de l'impact sur la santé de politiques telles que politiques d'aménagement du territoire, de logement, d'urbanisme, etc.

AGIR SUR LES COMPORTEMENTS : UN PREMIER NIVEAU D'INTERSECTORIALITÉ DÉJÀ BIEN ORGANISÉ AU SEIN DE L'ARS

Le projet de loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) prévoit que le directeur général de l'ARS disposera de deux instances qui permettront *l'organisation du travail interministériel* : le conseil de surveillance et les commissions de coordination de la prévention et des prises en charge et accompagnements médico-sociaux. Ces deux instances seront notamment composées des services de l'État, des collectivités territoriales et de l'Assurance maladie. L'interministérialité repose sur le constat que les compétences dans le domaine de la santé sont partagées et doivent être coordonnées pour faire converger les efforts et les potentialiser.

La commission de coordination dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé aura pour rôle d'organiser les complémentarités. Elle participera à l'élaboration du schéma régional de prévention et des programmes, déclinant les modalités spécifiques d'application de ce schéma ; elle s'assurera de la complémentarité des actions de prévention et de promotion de la santé menées par chacun de ses membres, et examinera la cohérence de leurs financements. Elle aura vocation à soutenir le rapprochement entre les acteurs régionaux de l'observation sanitaire et sociale pour améliorer la

qualité et la disponibilité des informations nécessaires aux politiques de santé régionales. Il est envisagé qu'elle donne un avis au directeur de l'ARS sur les dispositions relatives à la mise en œuvre des contrats locaux de santé dans la région, notamment au titre de la signature par l'ARS des contrats urbains de cohésion sociale.

L'articulation des objectifs de la politique de cohésion sociale avec ceux de la politique de santé est indispensable, sachant l'imbrication des problématiques sanitaires et sociales pour les publics en situation de vulnérabilité et l'impact sur la santé humaine des politiques de développement des territoires.

PROMOUVOIR DES ENVIRONNEMENTS ET DES POLITIQUES PUBLIQUES FAVORABLES À LA SANTÉ : UN DEUXIÈME NIVEAU D'INTERSECTORIALITÉ, NOUVEAU CHALLENGE DE L'ARS

Le système de santé est capable de faire beaucoup : prendre en charge la souffrance et la maladie, agir en partie sur les comportements et les conduites de vie... En revanche, il est assez impuissant à améliorer l'état de santé des personnes, qui résulte de facteurs économiques, sociaux, environnementaux et personnels. En ce sens, la recherche d'un niveau d'intersectorialité plus intégré a vocation à être promu au sein des ARS.

Les contrats locaux de santé, conclus entre l'ARS et les collectivités territoriales, constituent l'un des outils privilégiés de l'action interministérielle au plus près des besoins de santé des populations : ils devront permettre l'expression de ces besoins au travers de diagnostics locaux, l'organisation des réponses ressortant des trois domaines de compétence de l'ARS (prévention, soin et médico-social). Mais ces contrats locaux de santé peuvent aller plus loin dans la promotion d'environnements favorables : préoccupation santé dans les politiques de logement, transport, insertion, etc. Cet axe doit recevoir le soutien de l'ARS, qui peut apporter aide méthodologique, conseil, avis, etc.

Une autre dimension mériterait d'être développée : l'ARS pourrait être sollicitée lors de projets nouveaux susceptibles d'avoir un impact sur la santé. En prenant modèle sur ce qui est fait en santé environnementale en matière d'évaluation des risques sanitaires lors de projets d'installations classées, il s'agirait de rendre visible l'impact sur la santé de politiques locales.

Cette deuxième dimension impliquera un fort investissement pédagogique et méthodologique de la part du Département promotion de la santé de l'ARS. La dimension encore « expérimentale » de l'intersectorialité rendra probablement nécessaire la mutualisation des initiatives entre régions.

FICHE 5

Les relations avec les acteurs

FRANÇOIS BOURDILLON

Il paraît important de déterminer les relations d'une ARS avec ses principaux partenaires :

- Les acteurs régionaux de santé publique qui contribuent à la gouvernance ;
- Les autres services déconcentrés de l'État et les collectivités territoriales dont le rôle et les fonctions peuvent contribuer à améliorer l'état de santé de la population sur un ou plusieurs territoires ;
- Les autres structures qui contribuent en région à la promotion de la santé.

LA PLACE DES ACTEURS RÉGIONAUX DE SANTÉ PUBLIQUE DANS LA GOUVERNANCE DES ARS

Le rôle des élus, des responsables d'association, des usagers est principalement consultatif. L'implication de l'ensemble de ces acteurs dans la définition des priorités de santé, mais aussi dans la mise en œuvre des actions, est considérée comme un atout important pour la promotion de la santé de la population. Leur information et leur mobilisation apparaissent comme importantes.

La **conférence régionale de santé (CRS)** est considérée comme un espace de débat démocratique en matière de santé. De nombreuses limites à son fonctionnement sont soulignées, en particulier sa lourdeur (nombre de membres) et son manque de moyens humains et financiers. L'intégration des acteurs du soin pourrait rendre ingouvernable cette instance si son fonctionnement n'est pas repensé. Des propositions ont été émises pour améliorer son fonctionnement, notamment travailler sur un modèle proche de celui des conseils économiques et sociaux régionaux (CESR), par commission, pour

rendre plus actifs ses membres et associer en son sein des représentants des conférences de territoire.

Les conférences de territoire pourraient, quant à elles, être un lieu important de dialogue avec les acteurs locaux et les élus (représentants des collectivités, des caisses, des mutuelles, des associations d'usagers ou de malades, de l'Éducation nationale, des professions de santé, etc.). Elles pourraient être aussi un moyen d'objectiver la réalité de terrain et de savoir ce qui se fait.

Il semble important que les conférences de territoire puissent rendre compte au directeur de l'ARS mais aussi à la CRS, et que les élus locaux soient associés très étroitement au pilotage des conférences de territoire. Encore faut-il que ces territoires soient définis. S'agit-il des territoires de santé au sens Sros, des pays, des communautés d'agglomérations, des bassins de vie, des zones d'emploi ? Quelle est la dimension la plus pertinente pour mettre en œuvre une politique de santé ? La définition de territoire en concertation avec l'ensemble des acteurs est un passage obligé pour décliner ensuite une politique de proximité ; elle ne doit pas se faire de manière univoque, mais selon le principe de subsidiarité.

Un besoin d'information et de formation des acteurs locaux aux questions de santé publique a été identifié afin de rendre ces derniers plus à même de participer aux débats.

La commission de coordination prévention de l'ARS pourrait être le lieu de la coordination des politiques de prévention. Il conviendrait de définir ses missions et sa composition afin d'organiser au plus haut niveau les coordinations par de multiples entrées, notamment par populations et par territoires.

LES MODALITÉS DE COOPÉRATION ENTRE LES ARS, LES AUTRES SERVICES DÉCONCENTRÉS DE L'ÉTAT ET LES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES

En matière de promotion de la santé, il est indispensable de jeter les bases sur un territoire donné d'une coordination entre les secteurs sanitaire, médico-social et social, de faire le lien entre ce qui relève de la prévention, du soin, du médico-social et du social.

Les ARS vont permettre plus de liens en interne entre l'État et l'Assurance maladie ; toutefois, il faut construire les liens avec les collectivités territoriales : région, département, commune, dans les champs de compétence qui interagissent avec la santé.

Les CRS, les conférences de territoire sont des lieux d'échange et de partage importants. Il faut aller plus loin et, au travers des programmes, apprendre à travailler ensemble et de manière complémentaire autour de thématiques. Et, lorsque cela est possible, la contractualisation est souhaitable.

De nombreuses initiatives existent d'ores et déjà, qui en sont des exemples illustratifs.

■ **En santé environnementale.** Les cellules de gestion des phénomènes épidémiques (qui gèrent notamment la lutte anivectorielle) associent, en Martinique, le préfet, la direction de la Santé et du Développement social

(DSDS), le conseil général, l'association des maires, l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH), les scientifiques pour mieux lutter contre la dengue.

En Rhône-Alpes, la prévention des risques liés à l'ambroisie, une plante très allergisante et très inconfortable pour la population, conduit les Drass à mobiliser, à sensibiliser (attirer l'attention sur ce problème), à former, à fournir les méthodes et les outils de prévention, et à inciter de manière contractuelle les collectivités territoriales et les entreprises à prendre des mesures de destruction de l'ambroisie.

En matière d'habitat insalubre, la prévention de ses conséquences sanitaires s'appuie sur la réglementation, sur une appréhension des problèmes de santé (y compris dans le champ de la santé mentale), mais aussi sur une approche sociale (politique urbaine) et des méthodes pour donner des capacités d'action aux familles concernées.

■ **En santé scolaire**, la responsabilité de l'éducation pour la santé incombe au rectorat.

Afin de prendre en compte les intérêts mutuels convergents entre les différents acteurs a été établi, en Pays de la Loire et en Franche-Comté, un contrat de partenariat en santé publique entre le rectorat, la Drass et l'Urcam. Il spécifie notamment les orientations régionales prioritaires, les engagements de chacun des partenaires, les règles de financement, d'intervention des structures associatives en milieu scolaire et de suivi.

■ **En politique de la ville**. La politique de la ville est un exemple qui a permis de faire converger les politiques publiques pour une réduction des inégalités de santé. Le modèle des ateliers santé-ville (ASV), qui reposent sur des diagnostics locaux et la mobilisation des acteurs de terrain, voire des habitants, pourrait servir de base pour faire remonter du terrain des projets intersectoriels inscrits dans les priorités de santé. Les contrats locaux de santé permettraient de contractualiser avec ces acteurs sur la base d'engagements précis. La logique est ascendante et elle s'appuie sur la notion de territoire de prévention prenant en compte des critères de proximité (quartier, commune), de cadre de vie, d'opérationnalité en regard des inégalités et des priorités de santé.

Ces exemples soulignent qu'il est possible pour une ARS de contribuer à mettre de la cohérence dans une politique dont elle n'a pas forcément la maîtrise d'œuvre¹.

L'intersectorialité et l'interministérialité sont l'un des enjeux des ARS

Une ARS doit être capable :

- De mobiliser les acteurs concernés ;
- D'identifier ou de mettre en place des instances de concertation ;
- De coordonner des projets ;

1. Dans le cadre de la réforme générale des politiques publiques en région (RGPP), les ARS ne sont qu'une des huit directions autour du préfet. D'autres directions ont des rôles à jouer en matière de santé : les rectorats (Éducation nationale), les Dreal (Environnement et Logement), les DRJSCS (Cohésion sociale, Jeunesse et Sports), les Direccte (Travail), les Draaf (Agriculture et Alimentation). Le travail en commun est tout l'enjeu de la construction de l'interministérialité.

- De proposer des outils pour donner de la cohérence : conventions, chartes, agréments ;
- D'être un appui méthodologique ;
- De rendre compte des actions mises en œuvre.

L'identification des compétences et des actions santé des collectivités territoriales est dans ce contexte très important (cf. fiche 3 : Région, département, commune). Il est possible de citer en vrac de très nombreuses actions qu'elles mènent : des actions d'hygiène, des ateliers santé-ville, des appels à projets prévention comme les programmes nutrition-santé, la participation à la planification sanitaire : la création de maisons de santé pluridisciplinaires, de maisons médicales de garde, le soutien aux réseaux de santé, les mesures d'accompagnement (télétransmission, prise en charge du déplacement des personnes), le soutien aux activités de formation sanitaire et sociale, le conseil social et familial, les PMI, les actions bucco-dentaires, les actions de prévention auprès de personnes âgées, les appels à projets dans les lycées, l'aide aux dépistages... Certaines villes ont adhéré aux programmes villes-santé de l'OMS, s'inscrivant ainsi dans une démarche de promotion de la santé les conduisant à intégrer des actions dans des domaines divers : logement, équipements, transports, insertion, emploi, etc.

LES RELATIONS ENTRE L'ARS ET LES AUTRES STRUCTURES QUI CONTRIBUENT, EN RÉGION, À LA PROMOTION DE LA SANTÉ

Au-delà des autres services de l'État, des collectivités territoriales, de nombreux acteurs contribuent à la promotion de la santé : Assurance maladie, mutuelles, établissements de santé, associations loi de 1901 du champ sanitaire, éducatif, médico-social, social, environnemental ; le tissu des intervenants est très divers et riche.

L'Assurance maladie et les mutuelles concourent très fortement au financement et à la mise en œuvre de politiques de prévention. L'Assurance maladie contribue à favoriser l'acquisition d'aptitudes individuelles en matière de santé, à développer des programmes personnalisés de prévention, à lutter contre les inégalités sociales de santé. Les mutuelles font de plus en plus bénéficier leurs adhérents de prestations de type ateliers santé et développent des stratégies de plus en plus personnalisées : information, orientation, accompagnement.

Les établissements de santé sont aussi des acteurs de santé publique. Ils permettent le recours aux soins des personnes en situation de précarité ou d'exclusion. Ils participent à des actions de prévention médicalisée : éducation thérapeutique, dépistages.

Des associations sont inscrites dans le paysage de santé publique : les ORS, les associations spécialisées en prévention – Cres, Codes, Anpaa, etc. –, les centres de gestion pour le dépistage des cancers, les dispositifs d'accueil, d'écoute et d'orientation pour les personnes vulnérables, les centres de planning familial. Ces dispositifs doivent être considérés comme pérennes, d'où la nécessité de contractualisation.

Il semble très important de pouvoir professionnaliser certains acteurs associatifs intervenant en éducation pour la santé ou dans le cadre des politiques de la ville. Le soutien à la méthodologie de projet en promotion de la santé est crucial, notamment à travers les pôles régionaux de compétence en éducation pour la santé. La nécessité de conventions pluriannuelles pour sécuriser ces acteurs qui contribuent aux actions locales de terrain déclinant la politique régionale de santé publique est soulignée avec force.

Il faut bien distinguer les différents types d'exercice de l'éducation pour la santé en région : les missions de méthodologie, de formation, et les actions pilotes coordonnées par le réseau des Cres, Codes et les opérateurs d'actions auprès des populations spécifiques (enfants, femmes, personnes âgées, personnes vulnérables) qui ont besoin d'appui méthodologique et de formations.

L'ARS doit faciliter l'accès à des données de type diagnostic sur des territoires, soutenir les actions dans des démarches « projets », permettre l'innovation et conforter les pôles de compétence.

FICHE 6

Relations entre les ARS et l'INPES

RENÉ DEMEULEMEESTER

La loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 définit les missions de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), et notamment sa participation à la mise en œuvre des programmes nationaux de santé publique, l'exercice d'une fonction d'expertise et de conseil en matière de prévention et de promotion de la santé, et le développement de l'éducation pour la santé sur l'ensemble du territoire (art. L. 1417-1 du CSP). Elle prévoit, en outre, que l'institut apporte son concours à la mise en œuvre des programmes régionaux de l'État.

L'agence régionale de santé (ARS), quant à elle, a notamment pour missions de définir, financer et évaluer les actions visant à promouvoir la santé, à éduquer la population à la santé et à prévenir les maladies, les handicaps et la perte d'autonomie.

Ainsi, la mise en œuvre de leurs missions respectives et l'amélioration de l'articulation entre actions nationales et régionales de prévention, d'éducation pour la santé, d'éducation thérapeutique du patient et de promotion de la santé nécessite de formaliser les modalités de coopération entre INPES et ARS.

CONSTAT

Actuellement, l'INPES siège dans les conseils d'administration des groupements régionaux de santé publique (GRSP) ; cette fonction n'a pas été déléguée aux représentants de l'État en région mais se trouve directement assurée par les cadres de l'institut.

Un groupe de travail tripartite – direction générale de la Santé (DGS)/conférence des Directeurs régionaux des affaires sanitaires et sociales (Drass)/INPES – a élaboré une convention type qui précise les modalités de coopération de l'institut avec les autorités locales. À ce jour, seuls quelques GRSP ont signé cette convention.

L'INPES dédie 7,5 millions d'euros annuellement au développement de pôles régionaux de compétence au travers d'une procédure d'appel à projets. Cet appel d'offres vise à favoriser l'émergence de plates-formes dédiées aux activités transversales permettant de structurer la prévention au niveau régional : formation, information, documentation, appui méthodologique, évaluation, etc. Afin de garantir la cohésion de ces financements avec les politiques régionales, la procédure d'instruction des dossiers a été largement déconcentrée : le conseil d'administration de l'INPES ne se prononce sur les financements de projets qu'au vu d'un avis favorable et motivé du GRSP, pris sur la base des plans régionaux de santé publique (PRSP) et des schémas régionaux d'éducation pour la santé (Sreps).

Chaque année, l'INPES réunit, pour des échanges de pratiques, les représentants des pôles régionaux de compétence en éducation pour la santé et leurs référents dans les GRSP. Il s'est ainsi positionné progressivement en financeur et en animateur national, aux côtés de la DGS et des opérateurs régionaux d'éducation pour la santé et de promotion de la santé.

À la demande des services déconcentrés et de la DGS, l'institut intervient en soutien méthodologique dans certaines régions, notamment à l'occasion de situations de crise localisées.

L'INPES élabore un référentiel partagé d'autoévaluation, définissant les critères de qualité auxquels doivent répondre les projets associatifs de prévention, d'éducation pour la santé et de promotion de la santé.

L'INPES finalise le cahier des charges national pour l'élaboration de programmes d'éducation thérapeutique du patient prévus dans la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST), définissant les critères de qualité de ces programmes en associant largement tous les acteurs concernés. Un guide d'analyse des projets sera fourni aux ARS pour faciliter la sélection des projets qui seront conformes au cahier des charges.

Les partenariats engagés par l'institut avec de nombreuses têtes de réseaux nationaux institutionnels (Éducation nationale, Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, Centre national de formation des professions territoriales, etc.) ou associatifs (Fédération nationale d'éducation pour la santé, villes-santé de l'Organisation mondiale de la santé, hôpitaux promoteurs de santé, etc.) créent un cadre qui favorise les partenariats en région.

LES RELATIONS ENTRE ARS ET INPES

Objet

Les principaux buts de la coopération entre ARS et INPES seraient de favoriser la cohérence et la complémentarité entre les niveaux national, régional et local

dans la mise en œuvre des actions de prévention, d'éducation pour la santé, d'éducation thérapeutique du patient et de promotion de la santé ; de favoriser l'égal accès à la prévention, à la promotion et à l'éducation pour la santé sur l'ensemble du territoire, et de développer aux niveaux national, régional et local l'expertise scientifique et professionnelle dans ce champ.

Rôles respectifs

- L'ARS serait ainsi conduite à développer le pôle de compétence régional en éducation pour la santé et promotion de la santé en fonction des besoins de la région ; à s'associer à la mise en œuvre des campagnes engagées par l'INPES dans le cadre des programmes nationaux de prévention ; à identifier et porter à la connaissance de l'INPES les actions innovantes de prévention et d'éducation pour la santé menées dans la région ; à proposer la participation d'experts de la région au réseau national d'expertise et la participation du pôle régional de compétence au réseau documentaire national développé par l'INPES.

L'ARS pourrait développer également le pôle ressources régional en éducation thérapeutique du patient prévu dans le Plan qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques. Ce pôle ressources pourrait s'adosser sur le pôle régional de compétence – selon l'expertise de ces pôles de compétence en région et à condition d'y prévoir des ressources financières supplémentaires.

- L'INPES se doit d'accompagner le développement des pôles de compétence régionaux d'éducation pour la santé et le développement de l'éducation thérapeutique du patient en région ; d'informer le plus tôt possible l'ARS des campagnes qu'il engage et des outils ou documents qu'il produit ; d'associer des experts régionaux à l'élaboration de ses programmes et des plans de diffusion de ses outils et documents ; de mettre à disposition de la région les données probantes en prévention, éducation pour la santé et promotion de la santé, ainsi que le cahier des charges national des programmes d'éducation thérapeutique du patient ; de favoriser la mutualisation des compétences en organisant des échanges relatifs aux programmes, méthodes, outils de prévention et d'éducation pour la santé ainsi qu'aux programmes et référentiels de formation en éducation pour la santé. Il peut, à la demande des régions, accompagner par son expertise la programmation régionale ou son évaluation, ou proposer aux régions l'expérimentation et l'évaluation de programmes innovants.

Modalités

Une convention pluriannuelle entre ARS et INPES comporterait :

- Les engagements réciproques de l'ARS et de l'INPES communs à l'ensemble des agences ;
- Les modalités de relations entre l'INPES et l'ARS d'une part, et l'INPES et le pôle de compétence régional en promotion de la santé et éducation pour la santé d'autre part ;
- Le cas échéant, les modalités d'accompagnement de l'INPES pour une intervention spécifique dans la région.

Le rôle de l'INPES dans la garantie de la qualité du pôle de compétence régional en promotion de la santé et éducation pour la santé et dans l'«agrément» des pôles serait prévu par décret.

Outils

Plusieurs outils faciliteraient les relations entre l'INPES, l'ARS et les acteurs régionaux.

- **La désignation de correspondants** : désignation d'un correspondant par région au sein de l'INPES, et d'un correspondant de l'INPES au sein du département promotion de la santé de l'ARS.
- **L'organisation d'échanges** :
 - Rencontres nationales techniques des pôles régionaux de compétence en promotion de la santé et éducation pour la santé ;
 - Mise en ligne d'un extranet permettant une information et des échanges des responsables et des professionnels des départements promotion de la santé et des pôles régionaux de compétence ;
 - Organisation d'une table de concertation annuelle DGS – INPES – ARS sur les évolutions des actions nationales et régionales en prévention, promotion de la santé et éducation pour la santé.
- **La diffusion de référentiels** :
 - Cahier des charges des pôles régionaux de compétence en promotion de la santé et éducation pour la santé ;
 - Référentiel d'autoévaluation des projets associatifs de prévention, éducation pour la santé et promotion de la santé ;
 - Cahier des charges national pour l'élaboration et le financement de projets d'éducation thérapeutique du patient en région, accompagné d'un guide d'analyse des programmes pour les ARS ;
 - Guide d'aide à l'évaluation en éducation thérapeutique du patient (guide commun aux patients, professionnels et financeurs).

FICHE 7

Territoire, santé et prévention

FRANÇOIS BAUDIER

CONTEXTE

Un rapide regard sur l'histoire récente de la santé publique permet de constater que l'organisation d'une offre de proximité en matière de prévention a été une préoccupation récurrente, non seulement des décideurs mais aussi des acteurs en charge de développer des actions répondant aux besoins de la population.

Une politique « en yo-yo »

Au début des années 1980, des comités locaux, départementaux et régionaux de promotion de la santé sont mis en avant par le ministère et déployés de façon inégale sur le territoire français. À cette époque, la santé publique s'enrichit du concept de « santé communautaire » et l'OMS promeut la dynamique des « villes-santé ». Dans certains pays, elle prendra l'intitulé de « Villes et villages en santé », le but étant d'établir un véritable enracinement au sein des territoires. En France, la Mutualité sociale agricole met en place un maillage extrêmement fort et actif dans tous les cantons (délégués cantonaux) et une politique très volontariste en matière de prévention. Elle multiplie les initiatives pour offrir à ses ressortissants mais aussi à l'ensemble des publics vivant en milieu rural, une offre de prévention diversifiée s'appuyant sur une véritable dynamique associant la population.

Durant les trois dernières décennies (1980, 1990, 2000), les pouvoirs publics ont déployé des politiques parfois contradictoires en matière territoriale. À la décentralisation des années 1980, s'appuyant principalement sur

le niveau départemental, a succédé une période d'organisation de la santé en général et de la prévention en particulier, autour du fait régional (programmes régionaux de santé – PRS –, plan régional de santé publique – PRSP). Cette tendance s'est plutôt confirmée dans les années 2000, avec pourtant des mouvements paradoxaux de recentralisation partielle : cancer, vaccination, etc. Par ailleurs, des acteurs majeurs de la politique de prévention, les comités d'éducation pour la santé, ont eu à subir cette politique « en yo-yo ». Poussés par le ministère à se structurer au niveau régional et départemental sur tout le territoire, ils ont vu leur rôle consolidé durant la décennie 1990 avec un processus de professionnalisation, de labellisation et de lien privilégié avec le CFES (actuel INPES). L'objectif était une couverture territoriale exhaustive, permettant de proposer une véritable offre de service public à toute la population en matière de prévention et d'éducation pour la santé. Cette orientation a été, pour partie, abandonnée dans les années 2000. En revanche, la politique de la ville a permis tout au long de ces dernières décennies de déployer des projets innovants et de qualité dans les quartiers les plus en difficulté. Beaucoup d'entre eux concernaient la prévention.

Un mille-feuille territorial et une balkanisation

Comme dans beaucoup d'autres domaines, le « mille-feuille territorial » a favorisé des initiatives multiples au niveau des pays, communautés de communes, bassins de vie... Elles se sont mises en place au gré de l'imagination et du dynamisme des décideurs politiques, des associations ou de la population, favorisant un émiettement de la prévention et une multiplication des acteurs, sans structuration véritable.

Par ailleurs, le paysage de la prévention a été et est toujours marqué par une balkanisation des acteurs : elle est thématique (alcool, sida, etc.), populationnelle (adolescents, personnes âgées, etc.), fonctionnelle et organisationnelle (intervenants salariés ou bénévoles, associations isolées ou faisant partie d'un réseau, etc.), mais aussi territoriale. Au regard de ces centaines d'acteurs, d'associations œuvrant sur le terrain et des milliers d'initiatives prises (ce qui est en soi d'une grande richesse) dans chaque région française, les moyens financiers restent minimes comparés au budget de la santé (en Franche-Comté, le budget global de la santé est de plus de 2 milliards d'euros, le dernier appel d'offres du GRSP portait sur une somme totale de 900 000 euros). Pourtant, les enjeux en matière de prévention sont affichés, de façon constante et par tous les responsables politiques, comme majeurs.

Enjeux

Ils sont divers, mais axés prioritairement *sur l'équité et la qualité de l'offre de prévention pour tous, au plus près du lieu de vie de chaque Français.*

Toute autre politique est facteur de renforcement des inégalités de santé. En effet, la prévention, plus encore que les soins curatifs, est un puissant facteur d'accentuation des écarts de santé lorsque son accès n'est pas organisé, struc-

turé et ne favorise pas une participation réelle de la population. *De ce point de vue, l'organisation territoriale est donc un enjeu majeur.*

Perspectives

Elles sont principalement de trois types :

1. Faire que l'organisation promue par la nouvelle loi permette de donner une place réelle à la prévention et que l'approche territoriale y concoure ;
2. Donner aux collectivités territoriales une place reconnue, en sachant qu'aucune politique de santé publique et de prévention ne peut se bâtir sans elles ;
3. Prendre en compte systématiquement la santé publique et la prévention dans les initiatives des nouvelles formes d'organisation de l'offre de santé de proximité.

Faire que l'organisation promue par la nouvelle loi permette de donner une place réelle à la prévention et que l'approche territoriale y concoure.

Il est indispensable de trouver un nouvel équilibre entre plusieurs niveaux :

- National,
- Régional,
- Territoire de santé,
- Territoire de proximité.

Si des propositions d'évolution des découpages régionaux sont envisagées (commission Balladur), c'est à travers les deux derniers niveaux (territoires de santé et de proximité) que l'ARS va pouvoir impulser une politique nouvelle. Dans cette perspective, il est indispensable de trouver un équilibre entre :

- D'une part, des orientations régionales fortes et structurantes associant prévention, soins et médico-social ;
- D'autre part, le respect et même l'encouragement d'initiatives de proximité fédérant ces trois champs de compétences.

C'est de cet équilibre « subtil » mais essentiel que résultera une politique de santé et de prévention régionale en phase avec les besoins réels de la population et s'appuyant sur les dynamiques locales.

Donner aux collectivités territoriales une place reconnue, en sachant qu'aucune politique de santé publique et de prévention ne peut se bâtir sans elles.

Là encore, l'équilibre est « subtil » et fragile. Au-delà d'une volonté affichée d'associer les collectivités territoriales, il est indispensable de trouver des organisations qui respectent les spécificités de chacun et qui s'inscrivent dans une vraie complémentarité et convergence en matière de prévention.

Cette orientation est indispensable, au moins pour deux raisons liées aux concepts fondateurs de la santé publique et de la prévention :

- La nécessité d'agir sur tous les déterminants de la santé ; beaucoup ne relèvent pas de notre système de santé et l'aménagement du territoire en est une composante forte (mais pas la seule) ;
- L'importance de se situer au plus près de chaque citoyen ; la conséquence directe est l'exigence de s'inscrire dans des dynamiques faisant participer les acteurs du plus petit niveau de découpage territorial français, la commune.

Prendre en compte systématiquement la santé publique et la prévention dans les initiatives de nouvelles organisations de l'offre de santé de proximité.

La pratique médicale « en solo » et le paiement à l'acte trouvent aujourd'hui leurs limites. Des nouveaux modes d'organisation et de paiement émergent : maisons et pôles de santé, réseaux de proximité, rémunération à la performance, à la capitation et au forfait, coopération entre professionnels... Ces modes de fonctionnement, « audacieux » il y a encore quelques années, deviennent aujourd'hui possibles et la loi conforte ces opportunités.

Ce mouvement a deux caractéristiques complémentaires :

- Il favorise la prise en compte de la prévention, non seulement dans une dimension individuelle mais aussi collective ;
- Il place le territoire de proximité au cœur de cette logique.

Ainsi, les maisons de santé se construisent aujourd'hui de plus en plus souvent, non pas autour de murs, mais d'un projet de santé où la composante prévention est essentielle.

Bibliographie

- *Territoire et Santé : du diagnostic à la pratique*. Séminaire national, Besançon, décembre 2002, actes consultables sur le site de l'Urcam de Franche-Comté (<http://www.urcam.org>).
- *Recommandations : concevoir et faire vivre une maison de santé*. Séminaire national, Besançon, juin 2008, texte complet disponible sur les sites de la Femasac (<http://www.femasac.org>) et de l'Urcam de Franche-Comté (<http://www.urcam.org>).
- *Territoire et santé*. Colloque Paris, 5 mars 2009, actes publiés en juin 2009 comme numéro hors série de la *Revue de droit sanitaire et social*.



PROMOTION DE LA SANTÉ

FICHE 8

Santé environnement

DELPHINE CAAMANO

DANIEL RIVIÈRE

Suivi de trois exemples :

- Des actions de prévention des troubles sonores auditifs, *Daniel Rivière, Albert Godal*;
- Des actions de prévention des effets de l'ambrosie et des pollens, *Agnès Alexandre-Bird, Isabelle Plaisant*;
- Des actions de prévention des effets sur la santé de l'habitat indigne et de l'habitat dégradé, *Pascale Giry, Luc Ginot*.

Quels enjeux ?

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 14 % des maladies dans les pays de l'OCDE à revenus élevés ont pour cause l'environnement [1].

L'approche de santé environnementale est centrée sur le danger/le risque plus que sur la maladie (à titre d'exemple, le sujet est l'amiante et non le cancer de la plèvre). Elle se situe donc dans le domaine du probable, souvent dans un contexte de forte incertitude, mais elle est également confrontée à une obligation d'anticipation (liée en partie au principe de précaution). Enfin, certains des thèmes sont confrontés à une forte demande sociale (ex. : champs électromagnétiques).

La prévention revêt toute son importance face à des impacts sanitaires quantifiés :

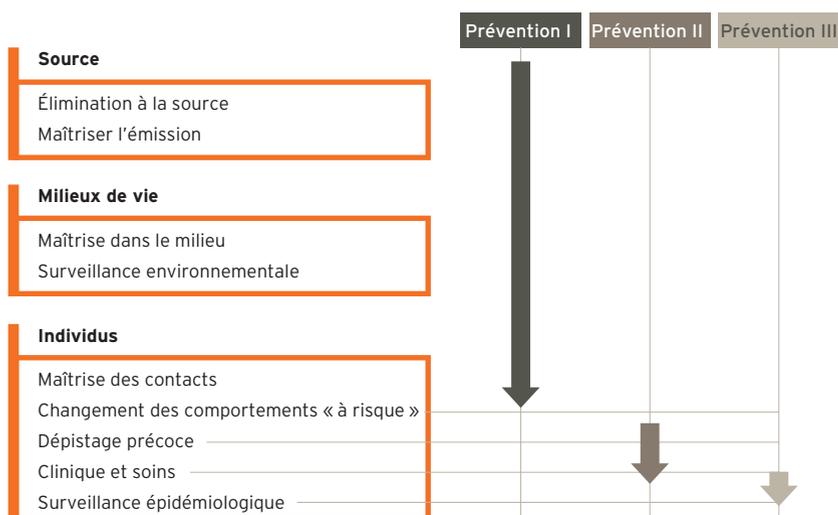
■ Pollution atmosphérique : association positive entre la mortalité et les principaux traceurs de la pollution atmosphérique [1], évaluation à 31700 décès annuels, 500 000 crises d'asthme/an et 25 000 nouveaux cas de bronchiolite/an [2] ;

- Radon : 1 230 à 2 900 décès par cancer pulmonaire attribuables au radon domestique/an [3];
- Bruit et musique amplifiée : 10 % des adolescents présentent un déficit auditif [4];
- Eau potable : 10-30 % des gastro-entérites.

Les mesures pour lutter contre ces effets sont connues, et dans certains cas les gains sanitaires sont quantifiables :

- Pollution atmosphérique : 11 375 décès prématurés évités si l'exposition de long terme aux PM 2,5 était ramenée à 20 µg/m³ (population de 36 millions d'habitants, 26 villes européennes) [5];
- Radon : sensibilisation des populations, campagnes de mesure, traitement simple des bâtiments (aération);
- Bruit et musique amplifiée : sensibilisation des acteurs scolaires et culturels, des réseaux de musique actuelle;
- Eau potable : sensibilisation des exploitants sur la protection des réseaux, surveillance d'indicateurs sanitaires et environnementaux.

Les différents niveaux de la prévention



Source : Gérin *et al.* [6].

À titre d'illustration, dans le domaine des eaux destinées à la consommation humaine, les valeurs limites appliquées aux facteurs de risques sont définies selon une méthodologie élaborée par l'OMS pour assurer une protection réelle de la santé par rapport à des risques connus : contamination bactériologique, substances cancérigènes pour l'homme, substances radioactives, etc. L'analyse en routine de ces composés (contrôle sanitaire) fait partie d'actions de prévention (prévention I).

Une grande partie des actions s'inscrit dans la surveillance de facteurs de risque présents dans les milieux et faisant l'objet de réglementations européennes :

l'action « régaliennne » de vérification de la conformité à des exigences de qualité ou de seuils d'information est donc un outil de prévention de la santé publique. Le Code de la santé publique traite ainsi de la surveillance de la qualité des eaux destinées à la consommation humaine, des eaux de piscines et des baignades aménagées, de la salubrité des immeubles et des agglomérations, des rayonnements ionisants, des rayonnements non ionisants, de la présence de plomb ou d'amiante, de la pollution atmosphérique et des déchets. Toutefois, il est nécessaire de connaître l'origine sanitaire ou non de la fixation de valeurs limites : ainsi, les normes acoustiques applicables aux boîtes de nuit ont pour objet d'éviter les nuisances de voisinage, mais pas de protéger les usagers.

Toutefois, compte tenu du fait que (I) l'ensemble du champ de santé-environnementale n'est pas réglementé (ex. : présence de pollens à fort potentiel allergisant dans l'air), mais (II) qu'une demande sociale est parfois forte (ex. : champs électromagnétiques), que (III) une action régaliennne sur le milieu n'est pas suffisante (ex. : lutte contre le saturnisme à fort déterminant social également) et que (IV) parfois seules des modifications des comportements peuvent faire diminuer l'exposition (ex. : écoute de bruit amplifié, réduction de la pratique sportive pendant les épisodes de pics de pollution atmosphérique, etc.), des actions de prévention *soit vers les populations soit vers les milieux* sont légitimes et l'ARS doit être le pivot de leur mise en œuvre.

Les plans santé-environnement élaborés conjointement par les ministères chargés de la Santé et de l'Environnement (PNSE 2004-2008, et aujourd'hui le PNSE 2 à décliner en région) constituent actuellement un levier pour structurer des actions de prévention et mobiliser les partenaires, en particulier les collectivités locales. Ces plans, en cours d'élaboration, pourraient être co-animés par les préfets de région et les présidents des conseils généraux ; les futures ARS seront largement associées aux travaux¹. Elles doivent, au-delà, en assurer le pilotage en collaboration avec les services de l'État.

Quel rôle pour les ARS ?

Les actions identifiées pour mener à bien ces actions de prévention dans le champ de la santé environnementale sont :

- Mettre en œuvre les actions déclinées dans les PRSE 2 et dans une logique de projet, conformément aux recommandations du Comité national d'évaluation du PNSE 1 ;
- Monter des programmes de prévention, parfois pluriannuels lorsqu'il faut développer une thématique sur le moyen terme (ex. : développement régional d'un réseau de conseillers médicaux en environnement intérieur), avec des partenaires et en faisant appel (donc en finançant) à des opérateurs pour démultiplier l'action sur le terrain ;
- Coordonner ;
- Informer ;
- Porter la voix de la santé publique en intersectoriel : encourager la prise en

1. Circulaire Meeddat du 23 mars 2009 relative à la territorialisation du Grenelle de l'environnement.

compte de la thématique santé-environnement dans les plans stratégiques des collectivités territoriales (ex. : plan régional pour la qualité de l'air – PRQA –, plan de déplacements urbains – PDU) ;

■ Évaluer les programmes de prévention (définition d'outils et de méthodologies d'évaluation, suivi des actions en continu).

Comme pour l'ensemble des actions de prévention, un soutien administratif fort (délégation de crédits, montage de conventions) est à bâtir.

Quels métiers ?

Ce type d'action nécessite une connaissance approfondie des thèmes de santé environnementale, voire une spécialisation sur certaines des thématiques, et ce d'autant plus que l'ARS devra être crédible vis-à-vis de ses partenaires et pourra être conduite à mener des actions de « lobbying » vis-à-vis de partenaires extérieurs qu'elle devra convaincre.

Les principales fonctions à développer, majoritairement au niveau régional, sont celles de chef de projet, d'animateur de projet. Ces projets peuvent être organisés à l'échelon régional et relayés au sein des délégations départementales de l'ARS (DD ARS) ; à l'inverse, les DD ARS peuvent être le lieu de signalements, de remontées d'information de la part de collectivités territoriales, d'élaboration de diagnostics territoriaux et de priorités d'actions liés à des spécificités localisées (ex. : site contaminé, contamination radiologique...) conduisant au développement d'actions de prévention spécifiques.

L'ARS dispose de personnels qualifiés et reconnus dans le champ de la santé environnementale (IGS, IES, TS, Misp) ; certains d'entre eux assurent déjà des fonctions de chefs de projet, y compris pour mener des actions de prévention, assurer le copilotage et l'évaluation des plans régionaux en santé-environnement (PRSE) de première génération.

Leviers d'action/difficultés identifiés

L'ARS sera vraisemblablement confrontée à certaines difficultés :

■ Peu de promoteurs d'actions de santé environnementale à destination des populations. On peut citer les conseillers médicaux en environnement intérieur (CMEI), mais qui ne sont pas rattachés à des structures porteuses à quelques exceptions près (CHU de Strasbourg, Maison de l'allergie à Marseille), les Pact Arim (dépistage habitat indigne), les associations pour la surveillance de la qualité de l'air (Aasqa) ou les observatoires du bruit, mais dont ce n'est pas la vocation première.

■ Certaines des personnes à mobiliser ne sont pas issues du champ de la santé publique (ex. : plombiers à former pour la maîtrise du risque « légionelles », etc.).

■ Les collectivités sont aujourd'hui engagées sur des actions de développement durable (agenda 21, Grenelle de l'environnement), et elles apparaissent comme des partenaires incontournables. Elles sont dotées de moyens pour élaborer des actions de développement durable, mais n'ont pas systématiquement pour objet de protéger la santé publique. Elles peuvent être difficiles à

convaincre (développer un système de labellisation attractif?) lorsqu'elles ne rencontrent pas nécessairement la préoccupation sanitaire voire la contredire (débats autour de la réutilisation des eaux de pluie, par exemple, etc.). De plus, se pose le problème des compétences de ces structures souvent éclatées.

■ Nécessité d'impliquer l'Éducation nationale pour relayer les actions d'éducation en santé environnementale à destination des plus jeunes.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] WHO *Air Quality Guidelines : Global Update 2005*. Genève : WHO, 2005.
- [2] Künzli N., Kaiser R., Medina S., Studnicka M., Chanel O., Filliger P., *et al.* Public-health impact of outdoor and traffic-related air pollution: a European assessment. *The Lancet*, 2000 : 356, 795-801.
- [3] Catelinois O., Rogel A., Laurier D., Billon S., Hémon D., Verger P. *et al.* Évaluation de l'impact sanitaire de l'exposition domestique au radon en France. *BEH*, n° 18-19 (numéro thématique), mai 2007 : 155-8. http://www.invs.sante.fr/beh/2007/18_19/beh_18_19_2007.pdf.
- [4] Prost G., Duclos J.-C., Normand J.-C., Bergeret A., Herrscher M.-P. Évaluation de l'audition des jeunes Français – Évaluation de l'audition des élèves des lycées de la région Rhône-Alpes. Institut universitaire de médecine du travail de Lyon, université Claude-Bernard – Lyon 1, Conseil régional Rhône-Alpes (1993-1994), ministère de l'Emploi et de la Solidarité (1998-1999).
- [5] Étude APHEIS. *Air Pollution and Health: European Information System*. 2004 : 100p. Évaluation de l'impact sanitaire de la pollution atmosphérique en Europe. En ligne : http://www.invs.sante.fr/publications/2006/apheis/apheis_1.pdf
- [6] Gérin M., Gosselin P., Cordier S., Viau C., Quenel Ph., Dewailly E., *et al.* *Environnement et santé publique : fondements et pratiques*. Paris : Tec & Doc, 2003 : 1022 p.

EXEMPLE 1

DES ACTIONS DE PRÉVENTION DES TROUBLES SONORES AUDITIFS

DANIEL RIVIÈRE

ALBERT GODAL

La problématique et ses enjeux de santé publique

Les risques pour la santé liés au bruit sont largement documentés ; ils ont fait l'objet d'avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, de l'OMS et sont encadrés par la réglementation.

Il est reconnu que les expositions au bruit sont susceptibles d'entraîner des effets sanitaires, en premier lieu sur l'audition (acouphènes, surdité réversible ou définitive), mais aussi sur le sommeil ou le système cardio-vasculaire.

En dehors du milieu professionnel, les *risques auditifs* liés aux activités de loisirs existent. On peut citer le tir, le bricolage, l'écoute individuelle de musique, les sorties en discothèque, les concerts... Les comportements à risque liés au manque d'information en matière de musique amplifiée sont

à l'origine d'un réel problème de santé publique et de société. Par exemple, plusieurs études ont montré que 10 % des lycéens souffraient de troubles auditifs ; 50 % des traumatismes sonores aigus sont liés à la musique amplifiée et 76 % de disc-jockeys ont des acouphènes. Le deuxième risque reconnu, lié au bruit, est nommé *risque extra-auditif*. On y met l'exposition au bruit de la population, les points noirs du bruit des transports, les bruits aériens, les bruits de voisinage. Bien souvent, au cours d'une journée, une personne est exposée à de multiples bruits excessifs ou gênants, dans les transports, sur le lieu de travail et au domicile. Cette multiexposition touche plus particulièrement la population à revenus modestes (source : Baromètre santé-environnement Ile-de-France) et accroît les inégalités sociales.

Les partenaires des actions de prévention

Éducation nationale : médecine scolaire ; inspections pédagogiques régionales ; inspection et médecine du travail ; ingénieurs de prévention Cram ; directions de la Jeunesse et des Sports ; réseaux de musique actuelle ; Mutualité française ; Dreal ; GRSP ; Rese (échange de pratiques pour l'organisation des actions).

Les cibles des actions de prévention

- Musique amplifiée : milieu scolaire du premier et second degré, écoles de musique, musiciens amateurs et professionnels, techniciens de scène, exploitants de salles de concerts et discothèques, publics fréquentant les lieux festifs ;
- Bruit en milieu professionnel, lycées techniques avec filières bruyantes (carrosserie, menuiserie, etc.).

Exemples d'actions de prévention

Mise en œuvre de l'action 28 du PNSE (reprise dans les PRSE) « Protéger les jeunes des risques liés à la musique amplifiée » : PNSE - PRSE par les Drass, les Ddass, les pôles de compétence bruit en collaboration avec les partenaires cités ci-dessus. Ces actions ont souvent fait l'objet de financements des GRSP. Quelques exemples en ligne sur Internet :

La gestion des risques auditifs de la Technoparade 2008, action financée par le GRSP IDF (http://www.bruitparif.fr/cms/fileadmin/bruitparif/publications/Francilophone_N7_nov2008.pdf).

Spectacle éducatif *Peace and Love*, utilisé au niveau local comme support de nombreuses actions de sensibilisation (action 28 PNSE) : http://www.agi-son.org/article.php3?id_article=44.

Action du pôle régional bruit d'Ile-de-France sur les traumatismes sonores aigus : <http://ile-de-france.sante.gouv.fr/ddass-78/sante-environnement/bilan-du-reseau-francilien-de-declaration.html>.

Action animée par les Drass Pays de la Loire sur les risques auditifs et la musique amplifiée : <http://pays-de-la-loire.sante.gouv.fr/envir/portailse.html>.

EXEMPLE 2

DES ACTIONS DE PRÉVENTION DES EFFETS DE L'AMBROISIE ET DES POLLENS

AGNÈS ALEXANDRE-BIRD

ISABELLE PLAISANT

La problématique et ses enjeux de santé publique

L'ambrosie est une plante opportuniste qui envahit les terrains où elle a peu de concurrence : friches, déblais, chantiers, mais également inter-espace entre rangs de maïs ou tournesol, bords

de champs, bords de route, champs après récolte de céréales... En France, depuis 1860 environ, elle a envahi la région Rhône-Alpes, tout particulièrement suite aux grands chantiers (autoroutes, aéroport, TGV, etc.) et à l'extension de la culture du tournesol, plante de la même famille.

Les relevés du Réseau national de surveillance aérobiologique (RNSA) permettent de constater la constante augmentation du taux de pollen de l'ambrosie dans l'air, ainsi que celle du nombre de jours où le risque allergique est élevé et l'extension des zones touchées.

Ce pollen est très allergisant (5 grains/m³ entraînent des réactions chez les personnes les plus sensibles). Par ailleurs, les symptômes sont très violents et 50 % des personnes allergiques font de l'asthme. Les études menées sur Rhône-Alpes donnent 6 à 12 % de personnes allergiques suivant le niveau d'infestation de la zone. Sa dispersion est essentiellement due à l'homme, les graines n'étant *naturellement* dispersées que dans un rayon d'un mètre.

Les partenaires des actions de prévention

Ils sont multiples puisque l'infestation contre laquelle il faut lutter touche une multitude de types de terrains : terrains privés, terrains publics, voies de transport, terrains agricoles, chantiers...

Les collectivités sont concernées à la fois parce qu'elles doivent entretenir leurs bords de routes et leurs espaces publics et parce qu'elles doivent sensibiliser, informer et contrôler leurs administrés. Les chambres d'agriculture et les organismes agricoles sont concernés pour les espaces agricoles, les grands gestionnaires de voies de transport (Société des autoroutes de Rhône-Alpes, Autoroutes du sud de la France, Comité national routier, SNCF, etc.) pour leurs domaines – ces derniers ont déjà agi pour la gestion de leurs espaces ainsi que pour la protection de leurs travailleurs.

La difficulté est de faire avancer tous ces acteurs en même temps, et *en particulier au niveau des communes* (certaines communes se plaignent d'agir seules au milieu d'un océan d'ambrosie car les communes voisines sont inactives). *L'ARS aurait donc un rôle de fédérateur afin de coordonner l'ensemble des actions pour les rendre efficaces (coordonnées dans l'espace et le temps ; mobilisation de moyens, etc.).*

EXEMPLE 3

DES ACTIONS DE PRÉVENTION DES EFFETS SUR LA SANTÉ DE L'HABITAT INDIGNE ET DE L'HABITAT DÉGRADÉ

PASCALE GIRY

LUC GINOT

La problématique et ses enjeux de santé publique

400 000 à 600 000 logements insalubres, soit un peu plus de 1 million de personnes, dont un quart d'enfants. Les risques sanitaires associés ont fait l'objet de travaux (OMS, Habitat et santé), mais restent encore à approfondir (cf. colloque Saint-Denis 2005, OQAI, etc.).

En France, l'approche se fait essentiellement par pathologie somatique telle que maladies respiratoires (asthme, allergies), saturnisme, intoxications au CO, accidents domestiques. Mais il est acquis, notamment à l'étranger, que l'habitat dégradé constitue également un facteur important de surmortalité (notamment hivernale) et d'atteinte à la santé mentale.

La prise en compte de ce facteur de risque, pour être hissée à la hauteur des enjeux en France mais aussi des expériences dans les autres pays européens ou nord-américains, nécessite une

approche associant prise en compte du bâti immédiat (logement) et de proximité (parties communes et quartier), et prise en compte des comportements, des représentations, des contraintes sociales. Des questions spécifiques comme le lien entre habitat surpeuplé et santé mentale ou développement psychomoteur de l'enfant restent encore à explorer. Or ces questions touchent de toute évidence des centaines de milliers d'enfants, notamment dans les zones urbaines dégradées. Ainsi, il s'agit d'une question qui relève autant de la santé environnementale que de la lutte contre les déterminants sociaux des inégalités de santé.

Objectifs

- Favoriser le dépistage, la prévention et la prise en charge des maladies provoquées ou aggravées par un habitat insalubre. Pour cela, développer des programmes de prévention adaptés aux différents segments d'habitat dégradé (surpeuplé, insalubre...);
- Intensifier le repérage de l'habitat à risque;
- Faire cesser les situations d'insalubrité en améliorant l'application des arrêtés;
- Développer la réalisation de travaux;
- Assurer l'information des acteurs (responsabilités, droits, rôle) et développer la mobilisation des habitants, notamment des habitants les plus défavorisés, autour de l'impact sanitaire de leurs conditions d'habitat.

Les partenaires des actions de prévention

- SCHS, collectivités, associations;
- Professionnels santé (PMI, médecins, hôpitaux, laboratoires, CMEI, CAP), travailleurs sociaux;
- PNLHI, Dreal, DDT, Anah, Adil, CAF, directions de la Cohésion sociale;
- GRSP.

Les cibles des actions de prévention

- Propriétaires, locataires;
- Partenaires à mobiliser.

Exemples d'actions de prévention

Actions 19 et 25 du PNSE1.

Exemples :

- Dispositif « Apprendre à habiter »;
- Diagnostic santé-habitat d'un immeuble;
- Développement de réseaux santé/habitat/droit;
- Formation des travailleurs sociaux.

FICHE 9

Protection maternelle et infantile

BERNARD TOPUZ

CONTEXTE

La protection maternelle et infantile (PMI) est l'une des missions obligatoires confiées par l'État aux départements, lors des lois de décentralisation de 1982. C'est aujourd'hui la seule compétence sanitaire obligatoire dévolue aux conseils généraux. Certains conseils généraux ont un temps conservé d'autres missions sanitaires (tuberculose, IST, vaccinations, dépistage cancer), reprises le plus souvent par les services de l'État en 2004.

La loi du 18 décembre 1989, dite de « *protection et promotion de la santé de la famille et de l'enfance* », précise que les missions du service départemental sont des missions partagées avec l'État et les organismes d'assurance maladie. Elle donne une définition assez précise des missions de PMI, confiées aux services créés à l'origine en 1945. Elles comportent aujourd'hui cinq champs d'action particuliers :

- La prévention sanitaire infantile et le suivi du *développement jusqu'à 6 ans* principalement structuré autour des consultations médicales et des permanences et visites à domicile de puéricultrices ; deux volets spécifiques s'y rattachent, le premier relatif au *handicap* en relation avec les centres d'action médico-sociale précoce (Camsp) accompagnant des enfants handicapés, et le deuxième relatif à la *protection de l'enfance*, avec une attention spéciale portée à la santé des enfants confiés à l'Aide sociale à l'enfance (ASE) ;
- Le développement de la *qualité des modes d'accueil* avec l'agrément, la formation et le suivi des assistantes maternelles d'une part, et d'autre part l'inspection et l'accompagnement des modes d'accueil collectifs ;

- La prévention sanitaire dans le domaine de *la maternité*, avec les consultations prénatales et le travail des sages-femmes à domicile ;
- La *planification familiale* orientée en priorité vers les adolescents et le conseil conjugal et familial ;
- La collecte, l'analyse et le *partage d'informations épidémiologiques* relatives aux missions suscitées.

Certaines prestations sont délivrées à toute la population (délivrance du carnet de santé maternité et du carnet de santé de l'enfant, bilans de santé à 3-4 ans, etc.). D'autres prestations de la PMI sont plus tournées vers des personnes vulnérables ou qui ont difficilement accès aux services de santé. Il existe une porte d'entrée sanitaire ouverte à tous à travers les consultations médicales obligatoires (7 prénatales et 20 infantiles de la naissance à 6 ans) que les familles peuvent choisir d'avoir en PMI plutôt que dans le système médical de ville ou hospitalier. Il y a une porte d'entrée plus systématique à travers la réception des déclarations de grossesse, des avis de naissance et des certificats de santé de l'enfant, ainsi que les bilans de santé à 3-4 ans. À partir des informations recueillies en population générale, la PMI offre un accompagnement à des familles identifiées comme ayant une fragilité spécifique (par exemple, ayant eu un enfant prématuré). Le repérage et l'accompagnement précoce des difficultés sont au cœur des missions de PMI, notamment dans l'accompagnement de la relation parents-enfants.

La loi fixe un quota de moyens que chaque conseil général doit déployer (nombre de puéricultrices, de sages-femmes, et nombre de consultations médicales infantiles et prénatales/planification familiale) au regard de la population de son département. L'Inspection générale des affaires sociales (Igas) a fait le constat que les normes minimales de moyens énoncées par la loi n'étaient pas appliquées par la moitié des départements, et qu'il existait de très fortes disparités qui se retrouvent à une moindre échelle en Île-de-France¹. La loi énonce aussi l'obligation que ces services soient dirigés par un médecin, pédiatre, gynécologue ou médecin de santé publique.

ENJEUX

La mortalité périnatale et infantile a fortement chuté ces cinquante dernières années et l'accès aux soins s'est amélioré, mais la moitié des handicaps sont d'origine périnatale². Il existe de fait une fragilité structurelle autour de la naissance qui nécessite information, conseils et assistance. Cette fragilité, du fait de l'isolement et du manque d'accompagnement des parents, peut avoir dans certains cas un retentissement sur le développement des enfants : limitations cognitives, troubles des apprentissages, troubles du langage, troubles psychoaffectifs et comportementaux générant des limitations durables, plus fréquentes encore que les troubles spécifiques. Ce manque d'accompagnement peut aussi être illustré par les chiffres importants d'inci-

1. *Étude sur la PMI en France*, rapport n° RM2006-163P, novembre 2006.

2. *Déficiences et handicaps d'origine périnatale : dépistage et prise en charge*. Expertise collective Inserm 2004, à la demande de l'Opeps.

dence d'enfants maltraités ou vivant dans un environnement carencé³, et d'enfants placés.

L'un des enjeux soulignés par l'Igas est de favoriser une organisation interne et partenariale permettant d'accueillir les populations les plus vulnérables et de leur accorder une attention particulière au sein des services de PMI, tout en garantissant une mixité sociale.

Un autre enjeu porte sur la façon dont les services de PMI peuvent contribuer à la politique périnatale⁴ et à une politique de l'enfance et de l'adolescence. Les objectifs de la loi de santé publique et du plan régional de santé publique joints au schéma régional d'éducation pour la santé sont un cadre de référence. La PMI, par son habitude de travailler en équipe et de participer à des actions de santé publique, peut être un « impulseur » d'actions coordonnées à un niveau local.

En périnatalité, le travail en réseau encouragé par l'ARH devrait continuer à l'être par l'ARS. Ce travail est porteur de multiples améliorations potentielles, avec aujourd'hui des initiatives sur le premier entretien individuel de préparation à la naissance systématisé par la loi de protection de l'enfance, sur des staffs médico-psychosociaux prénataux permettant d'anticiper des accompagnements nécessaires, sur les outils de liaison maternités/PMI... La coordination avec la pédopsychiatrie est, elle aussi, à développer. La PMI est un levier pour prendre en charge les problématiques psychosociales souvent déterminantes dans la période des premiers « accordages parents-enfants ». Dans le postnatal, elle devrait être associée avec les services de néonatalogie et les centres d'action médico-sociale précoce (Camsp) à des politiques plus systématiques de suivi des jeunes enfants ayant eu une souffrance à la naissance ou révélant des signes de difficultés de développement en dehors de ce contexte (la moitié des handicaps seulement sont d'origine périnatale).

Pour la petite enfance, il convient d'accentuer la meilleure prise en compte des problèmes liés à l'environnement (asthme, saturnisme), mais aussi de définir des stratégies incitatives pour que les conseils généraux attribuent assez de moyens à la mise en place des bilans de santé des 3-4 ans, bilans insuffisamment pratiqués malgré leur côté obligatoire⁵. Ces bilans permettent le repérage, voire le dépistage, de plusieurs problèmes, notamment sensoriels et bucco-dentaires, psychologiques et comportementaux, développement du langage, surpoids et obésité. L'Igas souligne aussi l'importance, pour la PMI, de s'assurer que les troubles repérés ou dépistés sont bien pris en charge. Un indicateur de taux de prise en charge pour certains types de troubles dépistés (visuels, auditifs...) serait facile à établir avec l'aide des équipes de santé scolaire qui revoient les mêmes enfants à 6 ans.

Pour ce qui est de la planification familiale, l'enjeu est de faciliter une bonne couverture informative participative des jeunes sur la sexualité et la contraception. Cet indicateur de couverture est à construire conjointement par les services de santé scolaire et ceux de PMI. Une attention spécifique devrait

3. Respectivement 19 000 enfants maltraités et 79 000 enfants « en risque » en 2006 (source Odas).

4. Voir Plan périnatalité 2006-2008.

5. Ces bilans devraient être mieux remboursés aux conseils généraux par les CPAM.

être portée aux mêmes prestations tournées vers les publics jeunes hors école, comme ceux qu'accompagnent les missions jeunes pour l'emploi, car les IVG chez les mineures sont plus fréquentes dans cette population. Pour augmenter l'offre des séances informatives, il convient de permettre au milieu associatif d'être fortement associé à des programmes lisibles conjointement élaborés entre PMI et Santé scolaire.

Très proches du rôle de prévention des services de PMI, les services de l'Aide sociale à l'enfance (ASE) doivent organiser le recueil des signalements des enfants en danger et leur transmission aux instances judiciaires. Ils mettent en œuvre des actions éducatives et assurent le recueil physique des enfants abandonnés. L'enjeu actuel est l'implication des services de santé dans les actions systématiques de repérage des situations de souffrance présentes ou futures des enfants, suivi du déclenchement rationalisé d'actions encadrées.

PRÉCONISATIONS POUR QUE L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ (ARS) CONTRIBUE À SOUTENIR LES MISSIONS DES PMI

Coordination régionale

Face au « *manque d'accompagnement de la PMI par les instances nationales* » (cf. rapport Igas, p. 33), il serait souhaitable que l'ARS suscite la création d'une coordination régionale entre les services de PMI, les services hospitaliers de pédiatrie, néonatalogie et maternité, avec les intersecteurs de pédopsychiatrie, les services de santé scolaire, la médecine libérale, les représentants des familles. Ces coordinations à profil et à thématiques variables pourraient être regroupées via trois types de réseaux fédérateurs dont les deux premiers existent déjà : les réseaux périnatalité, les réseaux adolescence et les réseaux petite enfance. Cela permettrait des échanges de pratiques préventives, une valorisation des expériences les plus porteuses et une mise à disposition de ressources sur certaines thématiques (prévention de l'obésité, prévention de l'insalubrité des logements, etc.) en lien avec les actuels pôles de compétence régionaux. Des projets de coopération et d'articulation des professionnels pourraient prendre corps dans les domaines de l'éducation pour la santé, de la formation médicale continue, sur des thématiques comme l'adolescence, le handicap et les maladies chroniques de l'enfant, la protection de l'enfance, la prévention psychologique, la santé familiale.

En résumé, les ARS n'ont pas à faire « à la place » des conseils généraux des départements, mais peuvent susciter l'émergence d'une coordination « régionale » parmi ceux-ci (par exemple sur le modèle de la circulaire Dhos/01/03/Cnamts n° 2006-151 du 30 mars 2006 relative au cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité). L'ARS peut, de surcroît, apporter une aide par des financements assortis d'une contractualisation sur des objectifs (vaccinations, contraception et IVG, logement et saturnisme, aide à la « parentalité », etc.).

Pour agir de façon éclairée, les services de PMI ont aussi besoin de disposer de données épidémiologiques, qu'il est parfois difficile pour chacun d'entre

eux de constituer. L'ARS pourrait organiser un rapprochement avec l'ORS, l'Observatoire national de l'action sociale décentralisée (Odas), la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Dress), l'Observatoire national de l'enfance en danger (Oned), afin de disposer d'outils performants relatifs à la périnatalité, aux bilans de santé de 3-4 ans, de 6 ans, aux IVG chez les mineures, aux IST et au sida, à la protection de l'enfance..., ainsi qu'aux moyens comparatifs dévolus à la PMI dans chaque département.

Pour favoriser le partenariat, l'ARS pourrait diffuser les cartes géographiques et les coordonnées des différents secteurs existants, que cela soit les territoires de santé, d'action sociale et de PMI, de santé scolaire, de pédopsychiatrie et de psychiatrie, des communautés périnatales.

Pour favoriser une dynamique de projets, l'ARS devrait favoriser l'interface de la PMI avec les chefs de projet des PRSP, des ateliers santé-ville, des pôles de compétence régionaux d'éducation pour la santé, que cela soit dans le champ de la périnatalité, de la petite enfance ou de l'adolescence.

Enfin, un dernier enjeu est de réfléchir beaucoup plus que jusqu'à présent à la redistribution des tâches entre médecins, sages-femmes et puéricultrices.

BIBLIOGRAPHIE

- Bellas-Cabane C., Suesser P. Prévention et petite enfance. In : Bourdillon F. (dir.). *Traité de prévention*. Paris : Flammarion Médecine-Sciences, 2009 : 271-9.
- Delour M., Brodin M. Petite enfance et politiques publiques de santé (chapitre 61). In : Bourdillon F., Brücker G., Tabuteau D. (dir.). *Traité de santé publique*. Paris : Flammarion Médecine-Sciences, 2007 (2^e éd.) : 745 p.
- Serfaty A., Papiernik É. (dir.). *L'action collective périnatalité en Ile-de-France (1996-2000)*. Rennes : ENSP, 2005 : 410 p.
- Topuz B. La protection et la promotion de la santé de la famille et de l'enfance : le service de PMI. In : Rosenczveig J.-P. (coord.). *Encyclopédie pratique. Protection de l'enfance et de l'adolescence*. Paris : Éditions Weka, 2006 : 700 p.

FICHE 10

Santé scolaire

FRANÇOIS LEVENT

ENJEUX

En matière d'éducation pour la santé, le rôle du système scolaire est complémentaire de celui de la famille, qui relève de la sphère privée. En tant que lieu d'apprentissage et lieu de vie (chacun y passe au moins dix ans à une période décisive pour son avenir), il n'en est pas moins essentiel.

Les liens entre la santé et l'éducation sont étroits : une bonne santé favorise la réussite scolaire, un niveau d'éducation élevé contribue à l'adoption de comportements favorables à la santé.

Le rôle de l'école sur cette question ne peut cependant pas être limité à l'éducation hygiéniste d'il y a un siècle, ni à l'acquisition de connaissances dans le cadre de programmes, ni même à la transmission de messages de prévention sur les conduites à risque.

Comme le précise une circulaire de l'Éducation nationale en date du 24 novembre 1998, il s'agit d'« *aider chaque jeune à s'approprier progressivement les moyens d'opérer des choix, à adopter des comportements responsables, pour lui-même comme vis-à-vis d'autrui et de l'environnement* ». L'éducation pour la santé « *permet ainsi de préparer les jeunes à exercer leur citoyenneté avec responsabilité, dans une société où les questions de santé constituent une préoccupation majeure. Ni simple discours sur la santé, ni seulement apport d'informations, elle a pour objectif le développement des compétences* ».

Cette approche de l'éducation pour la santé intégrée à un projet éducatif global ne doit pas faire oublier que le service de promotion de la santé en faveur des élèves, appellation officielle du service de santé scolaire, permet également d'effectuer des examens systématiques en matière de bilans de

santé, de dépistages (déficits sensoriels, pathologies et troubles de l'apprentissage, dès la maternelle), de repérage (enfants en danger, victimes de sévices), et aussi d'accès aux soins (y compris en cas d'urgence) et d'accompagnement (enfants porteurs de maladies chroniques ou présentant des handicaps).

Au-delà de la question des moyens alloués à cette politique, se pose celle des compétences. L'éducation pour la santé en milieu scolaire va ainsi mobiliser les personnels médicaux ou paramédicaux (médecins, infirmières), mais aussi éducatifs (enseignants) et sociaux (assistantes sociales). Sur cette thématique, ces professionnels doivent bénéficier de formations continues si la formation initiale ne l'a pas abordée.

Enfin, à la difficulté d'impliquer tous les établissements publics s'ajoute celle de toucher l'enseignement privé, bien implanté dans certaines régions, qui reste très autonome dans ses initiatives.

LES ACTEURS

La première responsabilité incombe au ministère de l'Éducation nationale, organisé sur quatre niveaux territoriaux : central, académie (rectorat), département (inspection académique) et local (école, établissement).

À chaque niveau, un partenariat est susceptible de se développer, notamment avec les services dépendant du ministère de la Santé. Un contrat-cadre a ainsi été signé le 17 juillet 2003 entre les ministres de l'Éducation nationale et de la Santé, dont le guide méthodologique publié par l'INPES en février 2007 est un prolongement.

Des contrats de partenariat ont également été signés dans certaines régions : en Franche-Comté le 8 juin 2004 (rectorat-Drass) et en Pays de la Loire le 23 janvier 2006 (rectorat-Drass-Urcam, avant la constitution du GRSP). Ces documents, auxquels en Pays de la Loire le conseil régional s'est associé, précisent les orientations régionales prioritaires communes, les engagements de chacun des partenaires, les modalités d'organisation, de financement et de suivi.

Ce partenariat s'inscrit dans l'implication des services de l'Éducation nationale dans les différents groupes de travail et instances (dont le GRSP) constitués dans le cadre du schéma régional d'éducation pour la santé (Sreps), puis du plan régional de santé publique (PRSP), dont l'un des programmes devait d'ailleurs être consacré à l'éducation pour la santé en milieu scolaire.

L'Éducation nationale peut s'appuyer sur des textes réglementaires et des circulaires. Elle dispose également d'outils : le projet d'école (premier degré), le projet d'établissement (second degré), mais surtout le comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (Cesc) dans le second degré.

Parmi les autres acteurs, les villes peuvent jouer un rôle important, en particulier si elles ont la compétence pour l'enseignement primaire. Elles peuvent mobiliser les habitants et des acteurs qui ne relèvent pas de la santé, prendre en compte les inégalités sociales, faire le lien avec les ateliers santé-ville.

Certains conseils régionaux ont choisi de soutenir des actions dans les lycées.

Enfin, des associations bénéficient d'un agrément pour intervenir au sein de l'école.

Parmi celles-ci, les associations du réseau Cres-Codes, souvent labellisées par l'INPES comme des pôles de compétence en éducation pour la santé, présentent un grand intérêt pour la formation de formateurs, le soutien méthodologique et la mise en réseau.

Il faut également évoquer les associations de parents d'élèves, plus ou moins présentes.

PRÉCONISATIONS POUR QUE L'ARS CONTRIBUE À DÉVELOPPER L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ EN MILIEU SCOLAIRE

Le projet régional de santé, porté par l'ARS, doit :

- Faciliter l'articulation entre les nombreux plans, schémas et programmes sectoriels ;
- Assurer la transversalité des politiques conduites par l'ARS dans les champs de la prévention, du médico-social et du sanitaire.

Par sa fonction fédérative et sa logique de guichet unique, l'ARS favorisera les décloisonnements institutionnels et permettra de :

- valoriser certaines initiatives (communication) ;
- développer les échanges de pratiques ;
- mettre les documents et outils à disposition (site Internet).

L'ARS doit contribuer à professionnaliser et sécuriser les acteurs par la contractualisation (conventions pluriannuelles d'objectifs et de moyens, avec une procédure d'évaluation). Celle-ci permet le financement d'associations ressources comme les pôles de compétence en éducation pour la santé, préférable au versement direct de subventions aux établissements scolaires.

Un outil cartographique, du type d'Oscars (*cf.* fiche 24 : Outil d'observation et de suivi cartographique des actions régionales de santé (Oscars)), conçu en région Paca, doit être promu : il permet aux acteurs d'inscrire – et donc de valoriser – leurs actions, et favorise un recensement régional, une connaissance du dispositif et une appréciation de la couverture territoriale par les décideurs.

L'ARS est chargée d'organiser l'observation de la santé en région, ce qui doit permettre l'élaboration, par territoire, de diagnostics partagés. Les données recueillies dans les Baromètres santé jeunes constituent à cet égard une source d'informations particulièrement utile.

BIBLIOGRAPHIE

- Jourdan D. Prévention et éducation à la santé en milieu scolaire. In : Bourdillon F. (dir.). *Traité de prévention*. Paris : Flammarion Médecine-Sciences, 2009 : 285-90.
- Pommier J., Maitrot C., Jourdan D. Santé scolaire. In : Bourdillon F. (dir.). *Traité de prévention*. Paris : Flammarion Médecine-Sciences, 2009 : 347-55.

FICHE 11

Santé en entreprise

RENÉ DEMEULEMEESTER

La plupart des adultes passent la majorité de leur vie éveillée au travail. L'environnement en milieu de travail et la manière dont le travail est organisé ont des conséquences non seulement sur la santé des personnes, mais aussi sur celle de leur environnement familial et social.

Les contraintes physiques persistent (agents chimiques ou biologiques, bruit, poussière, chaleur, froid, manipulation de charges lourdes). À ces contraintes s'ajoutent de nouveaux risques, résultant notamment d'organisations du travail mises en œuvre pour faire face à la compétitivité (troubles musculo-squelettiques, stress, etc. ; CES, 2008).

Par ailleurs, les liens entre insécurité au travail, précarité de l'emploi, chômage, dégradation de la santé et du bien-être mental sont aujourd'hui parfaitement établis.

Enfin, le vieillissement de la population active renforce la nécessité de prendre en compte le maintien de l'employabilité des salariés, et donc leur bonne santé.

Ces constats justifient non seulement de poursuivre et amplifier les interventions de prévention des risques liés au travail dans les entreprises (actions sur les facteurs d'environnement professionnel susceptibles d'altérer la santé des salariés), mais encore d'y développer des pratiques de promotion de la santé (actions sur les facteurs susceptibles d'améliorer la santé ainsi que le bien-être physique et mental des salariés).

LA SANTÉ AU TRAVAIL

Le dispositif de santé au travail en France est issu de la médecine légale et demeure encore très centré sur l'aptitude des salariés et la réparation des dommages liés au travail. Le décret du 28 juillet 2004 relatif à la réforme de la médecine du travail met cependant l'accent, en application d'une directive européenne, sur la prévention des risques. Ce dispositif repose essentiellement sur la médecine du travail, qui n'est pas assez armée pour agir sur les facteurs d'environnement professionnel susceptibles d'affecter la santé des salariés (Conso, Frimat, 2007) et encore moins pour promouvoir un environnement professionnel favorable à la santé.

Administrativement, la santé au travail en région est sous la tutelle des services du ministère du Travail. Les plans régionaux santé-travail ont été bâtis dans le meilleur des cas en complémentarité avec les plans régionaux de santé publique (PRSP) et les plans régionaux santé-environnement (PRSE). Exceptionnellement, comme en Nord-Pas-de-Calais, ces plans ont fait l'objet d'une démarche commune avec le PRSP. Cette démarche commune a permis un enrichissement mutuel : le secteur du travail a bénéficié des apports de la santé publique sur les études de besoin, la programmation, l'évaluation ; le secteur de la santé a bénéficié des suivis de cohortes, de la possibilité de joindre des populations peu touchées par les professionnels de santé.

L'implication des partenaires sociaux est un atout pour promouvoir la santé au travail parce qu'elle donne à ces partenaires un réel pouvoir sur l'organisation de la santé en entreprise. Cette implication peut aussi être un obstacle si la santé est considérée par ces mêmes partenaires comme une variable de négociation mineure.

L'existence d'un grand nombre de petites entreprises, géographiquement diffuses mais qui partagent des problématiques communes de recrutement, de risques et d'organisation, justifie, dans le secteur de l'entreprise, un abord par branche professionnelle plutôt que par territoire.

Enfin, le milieu de l'entreprise est sensible aux évolutions de son environnement. Des initiatives régionales telles que « Promouvoir la santé au travail » en Nord-Pas-de-Calais peuvent inciter le milieu de l'entreprise à faire un pas supplémentaire, passant de la protection à la promotion de la santé des salariés. Des entreprises françaises sont susceptibles de s'engager dans des mouvements tels que « *Move Europe* » (campagne européenne sur la promotion de la santé au travail, plus spécifiquement sur le tabagisme, l'alimentation, l'exercice et le stress). La toute récente norme québécoise « Entreprise en santé » (BNQ 2008) pourrait vraisemblablement faire école en France.

LES CONDITIONS DU DÉVELOPPEMENT DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ EN ENTREPRISE

Plusieurs conditions peuvent favoriser ce développement :

- Les interventions en promotion de la santé ne doivent pas être en concurrence avec les interventions de prévention des risques liés au travail, qui

demeurent la priorité des services de santé au travail et des partenaires sociaux. Elles doivent compléter explicitement ces actions de prévention des risques.

- Les compétences réciproques des intervenants en santé au travail ainsi que des intervenants en promotion de la santé et celles de leurs tutelles respectives doivent être respectées et jouer en complémentarité.
- S'il appartient aux services de l'État de définir une politique dans ce champ, c'est aux partenaires sociaux de la décliner sur le terrain.
- L'information sur les activités susceptibles d'être mises en œuvre et les bénéfiques que l'entreprise et ses employés peuvent en retirer devrait faire l'objet d'une large diffusion aux entreprises.
- Les outils méthodologiques adaptés à l'éducation et à la promotion de la santé en entreprise devraient pouvoir être mis à la disposition des professionnels de la santé au travail.
- Des entreprises volontaires devraient bénéficier de la possibilité d'engager, avec leur service de santé au travail, des initiatives conséquentes de promotion de la santé, par exemple dans le cadre d'une ouverture par la voie législative d'une période d'expérimentation encadrée. Ces activités seraient intégrées au sein des plans santé au travail de ces entreprises. Elles seraient accompagnées d'un suivi associant les partenaires sociaux, et de modalités rigoureuses d'évaluation incluant les impacts sociaux et médico-économiques de ces plans.

ARS ET PROMOTION DE LA SANTÉ EN ENTREPRISE

Champ d'intervention

Le milieu de travail est susceptible d'intervenir sur plusieurs déterminants prioritaires pour l'ARS : activité physique, bien-être mental et conduites de consommation à risque, mais aussi dans des activités d'éducation plus spécifiques du champ santé telles que diabète, hypertension ou dépistage du cancer.

Mission de l'ARS

En lien avec la DRT, et après avis de la conférence régionale de santé :

- Élaborer le cadre des interventions de promotion de la santé en entreprise ;
- Organiser l'accompagnement méthodologique, le soutien financier et l'évaluation d'expérimentations à grande échelle de ces interventions ;
- Valoriser la démarche auprès des entreprises.

Organisation interne et compétences utiles

- Le département promotion de la santé devrait disposer d'un référent connaissant le milieu de l'entreprise (les compétences de ce type existent notamment dans les caisses régionales d'assurance maladie) et formé aux méthodes de promotion de la santé.
- Ce référent devrait lui-même disposer d'un correspondant au sein de la

direction régionale du travail, par exemple le médecin inspecteur régional du travail et de la main-d'œuvre (Mirtmo).

Programmation

Un programme de promotion de la santé en entreprise, commun au schéma de prévention du projet régional de santé et au programme régional santé-travail, serait élaboré conjointement avec la DRT et la Cram dans le cadre de la commission de concertation prévention.

Organisation externe

- Les partenaires sociaux et l'ensemble des organismes intervenant dans le champ de la santé au travail et des conditions de travail devraient participer aux travaux de la conférence régionale de santé et proposer, dans ce cadre, les thèmes prioritaires des démarches de promotion de la santé en entreprise.
- Une mission d'accompagnement des entreprises soucieuses de mettre en œuvre ce type d'intervention devrait être organisée, avec la possibilité d'une formation en Promotion de la santé au travail destinée aux responsables de la santé et de la sécurité en entreprise, ainsi qu'aux professionnels des équipes pluridisciplinaires des services de santé au travail. Cette mission pourrait être confiée à des équipes mixtes santé au travail et promotion de la santé, issues d'organismes du type de l'Institut de santé au travail du nord de la France et des pôles de compétence régionaux en promotion et éducation pour la santé.

BIBLIOGRAPHIE

- Conseil économique et social. *L'avenir de la médecine du travail. Avis*. Paris, 2008.
- Conso F., Frimat P. *Rapport sur le bilan de réforme de la médecine du travail*. Rapport n° 2007-087 de l'Inspection générale de l'administration de l'Éducation nationale et de la recherche, RM 2007-149P de l'Inspection générale des affaires sociales. Paris, octobre 2007.
- Bureau de normalisation du Québec, Groupe de promotion pour la prévention en santé. Norme prévention, promotion et pratiques organisationnelles favorables à la santé en milieu de travail, dite norme « Entreprise en santé ». BNQ 9700-800. Québec, février 2008.



PRÉVENTION MÉDICALISÉE

FICHE 12

Vaccinations

ANNETTE COLONNIER
CHRISTINE PIAU
ÉRIC SCHWARTZENTRUBER

QUELS ENJEUX ?

Les enjeux des vaccinations sont liés :

- À la situation épidémiologique des maladies infectieuses (dites à prévention vaccinale), non seulement en France mais aussi dans le monde, du fait de la circulation des germes et du développement des voyages ;
- Au fait que la protection conférée est individuelle mais aussi collective, nécessitant une approche de santé publique ;
- Au fait que, malgré une perception favorable des vaccinations par la population et par les professionnels de santé, les taux de couverture vaccinale restent insuffisants pour permettre le contrôle et l'élimination des maladies infectieuses concernées (exemple des épidémies de rougeole survenues depuis 2008).

La politique vaccinale établie par le ministère chargé de la Santé a été précisée et modifiée par deux lois récentes.

- La loi de santé publique du 9 août 2004, qui a fixé deux objectifs en matière de vaccination :
 - L'amélioration de la vaccination contre la grippe des groupes à risque ;
 - L'obtention et le maintien de taux de couverture vaccinale d'au moins 95 % aux âges appropriés.

Les objectifs fixés par la loi de santé publique ne sont pas atteints : en dehors des vaccinations obligatoires chez les jeunes enfants, on constate une stagnation de certains taux de couverture vaccinale (vaccin ROR, grippe), voire une diminution pour d'autres valences (BCG, vaccin contre l'hépatite B). Par

ailleurs, les données en matière de vaccinations sont trop globales et connues avec trop de délais pour permettre des réponses rapides aux situations non satisfaisantes.

■ La loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales a transféré à l'État la compétence (« recentralisation ») des actions de prévention telles que les vaccinations, avec pour objectif d'améliorer la cohérence du dispositif sur le territoire et de diminuer les disparités d'offres des services de vaccination selon les départements.

Les conseils généraux ont le choix de garder cette compétence par convention avec l'État : en 2009, la moitié des départements a gardé cette compétence. Pour les autres départements, à partir de janvier 2006, les Ddass ont habilité des structures (hôpitaux ou centres de santé) pour remplir cette mission.

QUELLE LOGIQUE D'ACTION ?

Elle est d'améliorer la protection vaccinale de la population, ce qui nécessite :

- L'amélioration des données en matière de vaccinations, comprenant les données sur les taux de couverture vaccinale, sur les effets indésirables, mais aussi celles issues de la surveillance des maladies cibles ;
- La sensibilisation, l'information et la mobilisation des professionnels de santé et du public sur l'importance et l'intérêt des vaccinations (obligatoires et recommandées) ;
- La coordination de l'ensemble des institutions et des acteurs intervenant dans le champ de la vaccination ;
- La poursuite de la mise en œuvre de la recentralisation des actions pour la vaccination.

RÔLE DE L'ARS

- Élaborer, mettre en œuvre et évaluer un programme régional sur les maladies à prévention vaccinale correspondant aux orientations de la politique vaccinale nationale, en lien avec tous les partenaires impliqués dans le champ des vaccinations.
- Disposer de données régionales en matière de vaccinations en lien avec les Cire/InVS, les ORS, les centres régionaux de pharmacovigilance.
- Animer et coordonner un réseau des professionnels effectuant les vaccinations (exerçant dans les centres de vaccination de la région, les PMI, etc.), afin de faciliter les échanges d'expériences, d'harmoniser les pratiques et de développer une expertise régionale sur les vaccinations.
- Contractualiser avec les futures unions régionales des professions de santé (Urps) sur des objectifs de couverture vaccinale.
- Suivre et évaluer la mise en œuvre régionale de la recentralisation pour le champ de la vaccination (nécessité d'associer les collectivités territoriales qui ont gardé la compétence en ce domaine), qui inclut l'habilitation des centres de vaccination, l'établissement des conventions avec les conseils généraux qui

gardent cette compétence, la synthèse et l'analyse des rapports d'activité et de performance des structures, le suivi des moyens alloués...

- Développer des campagnes de promotion des vaccinations générales (par exemple, en participant à la Semaine européenne de la vaccination), ou ciblées à partir de l'analyse des données régionales sur les vaccinations.
- Participer aux réflexions pour l'élaboration ou la mise à jour de la politique nationale.

QUELS MÉTIERS ?

Un pilotage médical de ces actions est nécessaire (besoin de connaissances en santé publique, du système de soins et des vaccinations) afin que l'ARS soit crédible vis-à-vis de ses partenaires. Des infirmiers de santé publique peuvent participer à ce pilotage.

Comme pour l'ensemble des actions de prévention, un soutien administratif fort (délégation de crédits et leur suivi, montage de conventions, etc.) est à associer au pilotage médical.

QUELS PARTENAIRES ET QUELS LEVIERS D'ACTION ?

- Assurance maladie ;
- Éducation nationale ;
- Collectivités territoriales (conseils généraux dont la PMI, communes avec les SCHS) ;
- Comités d'éducation à la santé : Cres, Codes ;
- Professionnels de santé (médecins, sages-femmes, pharmaciens, infirmiers), dont ceux exerçant dans les centres de vaccination ;
- Facultés de médecine et écoles de formation des professionnels de santé (Institut de formation en soins infirmiers – Ifsi) ;
- Médecine universitaire ;
- Médecine du travail ;
- Associations intervenant auprès de publics spécifiques.

QUELLES CIBLES POUR LES ACTIONS DE PRÉVENTION ?

- Les professionnels de santé, surtout les médecins, afin de les convaincre de l'importance des vaccinations et de leurs bénéfices/risques ;
- Le grand public ;
- Les groupes accédant difficilement au système de santé : nécessité d'actions de proximité auprès des migrants, prisonniers, usagers de drogue, etc. en lien avec les responsables/acteurs des politiques sociales correspondantes.

QUELLES DIFFICULTÉS ?

- Nécessité d'une volonté politique affirmée par les responsables institutionnels.

- Importance de l'aspect transversal pour cette thématique :
 - à l'intérieur des ARS elles-mêmes et entre les institutions concernées (ARS, Éducation nationale, collectivités territoriales, etc.) ;
 - articulation avec les autres thématiques : lutte contre la tuberculose, les IST, prévention de certains cancers ;
 - et du fait de la multiplicité des acteurs dans le domaine des vaccinations.
- Clarification de la prise en charge financière des vaccins par l'Assurance maladie, l'État et/ou les collectivités territoriales.
- Difficulté de mise en application des recommandations vaccinales liées à la notion de recommandation par rapport à celle d'obligation et, pour les professionnels de santé, à l'évolution annuelle du calendrier vaccinal.

ÉLÉMENTS DE BIBLIOGRAPHIE

- Code de la santé publique : articles L. 3111-1 à L. 3111-11 ; articles R. 3111-1 à R. 3111-18 ; D. 3111-22 à D. 3111-26
- Drees. *L'état de santé de la population en France*. Rapport 2007 (objectifs 39 et 42)
- *Calendrier vaccinal 2009*. BEH n° 16-17 du 20 avril 2009.
- Direction générale de la Santé, Comité technique des vaccinations. *Guide vaccinations*. Édition 2008. Saint-Denis : INPES, coll. Varia, 2008 : 448 p.

FICHE 13

Dépistage organisé des cancers

FRANÇOISE MARCHAND-BUTTIN
CORINNE ALLIOUX

CADRE

Deux programmes de dépistage organisé des cancers sont maintenant généralisés à l'échelle nationale (métropole et Dom) : le dépistage du cancer du sein depuis 2004, et le dépistage du cancer colorectal depuis 2008. Ils sont cadrés par un cahier des charges, développé dans l'arrêté du 29 septembre 2006 « *relatif au programme de dépistage des cancers* ».

Ces deux cancers répondent aux critères de santé publique justifiant un dépistage pour la population des 50-74 ans.

Ces campagnes sont pilotées actuellement au niveau national par la DGS, l'Assurance maladie et l'INCa. L'évaluation du programme est assurée par l'InVS.

Il existe, au moins théoriquement, un niveau régional de coordination pouvant être assuré par le GRSP. Selon les régions, il est plus ou moins effectif.

La mise en œuvre du programme est départementale, confiée à des « structures de gestion » strictement départementales à quelques rares exceptions près : en Franche-Comté, la structure de gestion est régionale ; en Alsace, le dépistage est organisé par organe (sein, col, côlon) à l'échelon régional, et il existe quelques structures de gestion regroupant deux départements.

La structure de gestion est le rouage qui met en contact le programme et la population cible, en assurant :

- L'invitation, les relances, et les réinvitations régulières de l'ensemble de la population cible à partir des fichiers des caisses d'assurance maladie ;
- Le suivi des personnes dont le test est positif ;

- La tenue de la base de données et l'évaluation à l'échelon départemental ;
- L'organisation de la seconde lecture des mammographies (cancer du sein) ;
- La communication grand public dans sa déclinaison locale (publics ciblés, etc.) ;
- L'information en continu de la population au cas par cas ;
- L'information ponctuelle collective, ou en continu, au cas par cas des professionnels ;
- L'organisation de formations des professionnels (cancer colorectal).

Le financement des structures est essentiellement assuré conjointement par l'État (parfois *via* la dotation aux conseils généraux) et par l'Assurance maladie.

CONTEXTE ET ENJEUX

Deux conditions sont nécessaires pour assurer une réduction de la mortalité : assurer une participation au dépistage organisé de 70 % (cancer du sein) ou 50 % (cancer colorectal) ; respecter les critères de qualité sur toute la chaîne du dépistage, de la convocation à l'annonce du résultat.

- Hétérogénéité très importante, départementale et régionale :
 - de la population cible (50-74 ans) ;
 - de l'offre de soins ;
 - de la participation de la population ;
 - d'antériorité dans l'organisation de la campagne ;
 - des modalités pratiques d'organisation, voire des choix stratégiques ;
 - d'implication des partenaires.
- Adhésion des professionnels de santé fondamentale.
- Notion de proximité essentielle : connaissance de la population, des professionnels, des partenaires institutionnels et associatifs.
- Indépendance de la structure de gestion : atout vis-à-vis des professionnels qui sont représentés dans les instances dirigeantes.

RÔLE DES ARS

Poursuivre le pilotage régional. Il a été mis en place par les Drass, les Urcam, aujourd'hui par le biais des GRSP, mais la réalité de terrain selon les départements est très variable.

Le niveau régional est intéressant dans différents champs d'intervention des structures de gestion pour :

- Réduire l'hétérogénéité des pratiques départementales (supports, modalités d'intervention, etc.) pour donner une cohérence régionale au dépistage organisé ;
- Potentialiser les efforts de communication (médias, salons, supports, etc.) ;
- Potentialiser les efforts de mobilisation des représentants professionnels ;
- Produire des données d'évaluation régionales en plus des données départementales ;

- Aider à la mutualisation de moyens plus ou moins justifiés en fonction de la taille de la population des départements de la région (routage, commandes, centres de lecture, prestations informatiques, postes de spécialiste – informaticien, animateur santé publique, etc.) ;
- Insérer les campagnes de dépistage organisé dans la stratégie régionale concernant les projets développés autour du cancer ou des thématiques de santé plus larges (santé de la femme, nutrition, consommation d'alcool, précarité, etc.) ;
- Potentiellement, gérer le financement des structures de gestion et le financement des projets partenariaux ;
- Contractualiser avec les futures unions régionales des professions de santé.

Le niveau départemental permet de préserver une souplesse de gestion indispensable.

- Les capacités d'intervention très locales doivent être développées notamment vers les publics fragiles.
- Un niveau d'évaluation locale est indispensable : les grandes disparités qui existent au sein d'une même région peuvent être masquées dans une approche régionale (ex. : Ile-de-France).
- La gestion d'une population « raisonnable » permet une réactivité indispensable pour piloter un dépistage de cette ampleur.
- L'implication des conseils généraux, très intéressante parfois en termes de motivation locale, ne pourra perdurer que si l'on maintient une identité locale aux campagnes.
- Le ou les médecins coordonnateurs départementaux sont plus faciles d'accès qu'en régional pour le public comme pour les professionnels de santé ainsi que pour les partenaires associatifs et institutionnels.

FICHE 14

Éducation thérapeutique du patient

CATHERINE BISMUTH
MARIE-CHRISTINE KETERS

CONTEXTE ET DÉFINITION

L'éducation thérapeutique du patient (ETP), conformément à la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et aux recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS), permet « *d'aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider (ainsi que leurs familles) à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie¹* ».

Dans un contexte de vieillissement de la population et d'augmentation du nombre de malades atteints de pathologies chroniques, l'accompagnement des patients souffrant de pathologies lourdes ou chroniques est une priorité.

Le développement de l'éducation thérapeutique constitue donc aujourd'hui une nécessité pour une meilleure prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques, mais doit faire face à une offre déficitaire et disparate sur le territoire.

1. OMS-Europe, 1996, *Therapeutic Patient Education – Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the Field of Chronic Disease*, traduit en français en 1998.

Ce développement de l'éducation thérapeutique du patient s'inscrit dans les mesures du Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques (PQVMC) 2007-2011, dans lequel le développement de l'éducation thérapeutique occupe une place centrale, notamment à travers les mesures n° 5 et n° 6. Il s'inscrit également dans le prolongement des dispositions de l'article 22 de la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) qui prévoit la reconnaissance légale des actions d'éducation thérapeutique et d'accompagnement des patients, dans le cadre de référentiels préparés par l'INPES et publiés par décret.

Il doit également s'effectuer en cohérence avec les recommandations de la HAS en matière d'éducation thérapeutique.

OBJECTIFS

Actuellement, en France, l'éducation thérapeutique est réalisée au sein d'entités diverses telles que les hôpitaux, les réseaux de santé, des structures extrahospitalières de proximité.

Les ARS auront la charge de permettre le développement de l'offre d'éducation thérapeutique dans le secteur ambulatoire et à l'hôpital, sur la base d'un cahier des charges national déterminant les critères de financement d'actions d'éducation thérapeutique du patient. Ce cahier des charges déterminera des critères d'organisation, de qualité et d'harmonisation des actions financées.

Les projets sollicitant un financement devront notamment s'inscrire dans la mesure n° 6 du Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques, en permettant de « *développer une offre de service aux médecins traitants sur les actions [...] d'éducation du patient* ».

ORGANISATION PRÉCONISÉE POUR LES PROGRAMMES D'ETP (DANS L'ATTENTE DU CAHIER DES CHARGES NATIONAL)

L'éducation thérapeutique du patient fait partie intégrante de la prise en charge des maladies chroniques.

- *Tout projet doit être centré sur le patient.*
- Une *approche pluridisciplinaire* doit être privilégiée, impliquant l'ensemble des professionnels concernés par la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques (médecins, infirmières, psychologues, diététiciens, etc.). Ces professionnels doivent être formés à l'éducation thérapeutique.

L'adhésion des patients, partie intégrante de la démarche d'éducation thérapeutique, est essentielle. La participation au programme de la famille et/ou de l'entourage peut également être recherchée.

- Le programme doit s'effectuer par ailleurs en *lien très étroit avec le médecin traitant*, dans un souci de cohérence et de continuité des soins. Le médecin traitant doit être informé de la bonne mise en œuvre des actions réalisées en matière d'éducation thérapeutique de ses patients, et des décisions prises avec l'accord de ces derniers, en fonction des besoins identifiés.

■ *Le partenariat avec les associations de patients est à rechercher également, sans exclure qu'elles soient elles-mêmes promotrices de projets.*

Les critères de qualité des programmes et la mise en œuvre de l'éducation thérapeutique doivent être en cohérence avec les recommandations de la HAS en la matière, ainsi qu'avec les recommandations à venir sur les pathologies concernées.

■ Les projets financés doivent permettre de développer une offre d'éducation thérapeutique sur un territoire donné, soutenable financièrement.

Ce *principe de territorialité* doit permettre de développer une offre de proximité, afin de favoriser une bonne accessibilité.

■ Il importe de veiller à ne pas multiplier les structures d'appui des programmes d'éducation thérapeutique sur un même territoire et de privilégier une *démarche de mutualisation* entre les structures d'appui existantes.

Cette recherche de mutualisation sur les moyens logistiques (humains et financiers) et de coordination est essentielle, en particulier pour les promoteurs du secteur ambulatoire, qui doivent pouvoir s'appuyer sur des structures ou moyens existants. Cela implique la recherche de partenariats et la réaffectation de ressources existantes (ex. : temps de secrétariat d'une maison de santé pluridisciplinaire affecté pour partie à un programme d'éducation thérapeutique).

L'objectif est en effet de permettre le développement d'une offre d'éducation thérapeutique du patient bénéficiant au plus grand nombre de patients relevant de cette approche, et de pouvoir soutenir financièrement ce développement.

FORMATION DES PROFESSIONNELS

Conformément aux recommandations de la HAS, il est indispensable que les professionnels et les bénévoles des associations qui interviennent dans un programme d'éducation thérapeutique aient acquis des compétences en éducation thérapeutique *« au cours de leur formation initiale et continue ou à travers une expérience reconnue par une validation des acquis »*.

Les porteurs de projet doivent pouvoir faire état des compétences acquises par les professionnels prestataires d'éducation thérapeutique. Ces derniers doivent être formés à la démarche d'éducation, aux techniques pédagogiques, au travail en équipe.

Différents niveaux de formation sont à distinguer, en fonction du rôle des intervenants dans la démarche d'éducation. Selon l'OMS, on distingue, outre la sensibilisation, deux niveaux de formation :

■ Le premier niveau a comme objectif de former les intervenants afin qu'ils puissent faire de l'éducation thérapeutique dans leur activité quotidienne auprès de leurs patients atteints de maladies chroniques.

■ Avec le deuxième niveau, les intervenants doivent être en capacité de concevoir, coordonner et évaluer des programmes, ainsi que de former d'autres professionnels. Un coordonnateur de projet doit avoir reçu une formation de ce type.

Des dispositifs de formation existent actuellement, mais ils sont hétérogènes dans leurs contenus. Il importe de s'assurer que ces formations prévoient une forte composante pratique et sont d'une durée conforme aux recommandations en vigueur.

ÉVALUATION

Chaque projet doit faire l'objet d'une évaluation globale. Cette évaluation porte notamment sur :

- Le bon fonctionnement des actions ;
- Les résultats intermédiaires en termes de qualité de prise en charge et d'état de santé de la population concernée ;
- Les résultats en termes de coûts ;
- Les résultats en termes d'évolution des connaissances et des comportements des acteurs ;
- Les résultats en termes d'évaluation de la satisfaction des professionnels et des patients.

L'évaluation doit inclure des recommandations précises sur les conditions d'une pérennisation de l'action menée, notamment en termes d'organisation, de procédures, de formation, d'outils, d'incidence économique.

Les conclusions de l'évaluation doivent permettre aux ARS d'apprécier la nécessité de poursuivre, stopper ou réajuster le financement de l'action.

RÔLE ATTENDU DE L'ARS

- Identification des besoins de la population par pathologie, en lien avec les priorités du PRSP.
- Aide à la structuration de l'offre en veillant à la complémentarité adéquate entre le secteur ambulatoire et le secteur hospitalier.
- Aide à la mise en place et au financement des formations nécessaires (niveaux 1 et 2).
- Financement des programmes, dans le cadre d'un référentiel national de rémunération (forfaits).
- Suivi du respect par les opérateurs des préconisations ci-dessus (ou du cahier des charges national).
- Suivi et évaluation des programmes.

FICHE 15

Organisation de la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques au niveau régional

FRANÇOIS BAUDIER
ALEXANDRA FOURCADE
JEAN MALIBERT
et collaborateurs¹

CONTEXTE

La région est le niveau pertinent de déclinaison des objectifs nationaux en matière de prise en charge des patients atteints de maladies chroniques. Il concerne des dimensions diverses et complémentaires :

- L'hôpital et l'ambulatoire ;
- Les soins et la prévention (cf. fiche 14 : Éducation thérapeutique du patient) ;
- Les médecins et les autres professionnels de santé ;
- Le sanitaire, le médico-social, mais aussi le social.

L'organisation de cette prise en charge des patients comprend deux axes. L'un est *territorial*, en cohérence avec l'organisation en mode ARS, l'autre est *individuel*, au plus près du patient. Ils seront traités successivement dans cette fiche.

1. Cette fiche a été rédigée dans le cadre du travail réalisé par le groupe « Approche régionale et proximité avec le terrain » pour la mise en œuvre du plan « Qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques », présidé par François Baudier et dont le référent ministériel est Alexandra Fourcade avec le Bureau O3 (Jean Malibert). Les autres membres du groupe sont : Sophie Bentegeat, Caroline Bussiere, Pierre Buttet, Emmanuel Corbillon, Régis Coutant, Caroline de Cacqueray, Marie-Sophie Desaulle, Dominique Deugnier, Nikita de Vernejoul, Chantal Gonze, Ronan Heussaff, Dominique Jeulin Flamme, Aida Jolivet, Patrick Jourdan, Patrick Lamour, Valérie Leborgne, Dr Sophie Lemerle, Martine Levine, Maryse Maury, Danielle Metzen-Ivars, Stéphane Michaud, Etienne Mollet, Marie-José Moquet, Laurence Nivet, Sophie Peltier, Jacques Raimondeau, Jean-Charles Tellier, Vincent Vanbockstael.

DÉFINITION DE L'ORGANISATION TERRITORIALE DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS MALADES CHRONIQUES

L'ARS pilote la structuration de l'offre de prise en charge des maladies chroniques.

Identification des besoins

Cette étape a vocation à intégrer dans un volet « Prise en charge des malades chroniques » des projets régionaux de santé (PRS) et des nouveaux Sros.

Une cartographie de l'offre et des besoins est réalisée. Elle concerne les maladies figurant sur la liste des ALD, ainsi que les autres affections pour lesquelles un effort de structuration régionale paraît indiqué du fait du profil épidémiologique de la région.

Le but de cette démarche est :

- D'identifier les populations concernées ;
- De cerner leurs besoins ;
- D'adapter les moyens mis en œuvre.

Organisation des ressources

Elle concerne les dimensions professionnelles sanitaires, médico-sociales et associatives. Elle doit être basée sur l'analyse de deux types de besoins liés à :

- La prise en charge médicale et médico-sociale ;
- La coordination (formation, accompagnement des projets, etc.).

Cette organisation s'inscrit dans une offre de proximité territoriale (soins de 1^{er} et 2^e recours, structures de référence). Les échelles retenues pour cette organisation sont :

- *Au plus près du patient* : diagnostic et coordination du parcours de soins par le médecin traitant, incluant notamment éducation thérapeutique, accompagnement de la vie quotidienne, synthèses sur la situation du patient en lien avec les autres professionnels de santé de proximité.
- *À un niveau plus large (territoire de santé)* : recours au spécialiste, à l'hôpital dont l'HAD, structuration de l'éducation thérapeutique du patient.
- *À un niveau encore plus large (plate-forme régionale)* : formation, aide à la conception de projets, labellisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient, financement et évaluation, expertise et ressources...

(Cf. aussi, sur ces points, la fiche 14 : Éducation thérapeutique du patient.)

Ce maillage du territoire repose sur trois principes d'organisation :

- La prise en compte de l'existant ;
- L'optimisation de l'utilisation des moyens en les mutualisant ;
- Une réflexion sur l'organisation d'une offre pour les besoins repérés mais non couverts.

Dans cette perspective, il est indispensable de prendre en compte l'importance des liens ville/hôpital, mais aussi l'existence des réseaux, maisons et centres de santé, pôles de santé, etc.

Mise en place d'un système d'information

Il doit s'appuyer sur les bases de données générales à dimension épidémiologique mais aussi sur un répertoire opérationnel des ressources à constituer. Dans ce contexte, l'utilisation mutualisée des données médicales du patient autour du futur dossier médical personnalisé (DMP) et l'existence d'un outil de communication entre professionnels (messageries sécurisées) sont deux dimensions importantes.

Par ailleurs, il est indispensable de faciliter l'agrégation de données au niveau régional pour permettre le suivi de certains indicateurs et réaliser l'évaluation régionale.

Évaluation

Une attention particulière sera portée au respect des recommandations de la Haute Autorité de la santé (HAS) et au nombre de patients pris en charge.

Deux types d'évaluations de la prise en charge des patients malades chroniques sont à prévoir :

- L'évaluation du volet maladie chronique du PRS et ses déclinaisons, dans les champs sanitaire et médico-social ;
- L'évaluation des pratiques professionnelles, que ce soit à titre individuel (contrats de pratiques professionnelles) ou en termes de résultats pour les patients, au niveau régional.

Lien avec les expérimentations nationales des nouveaux modes de rémunération

Les contrats types prévus à l'article 43 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) 2008 doivent être élaborés au niveau national. De même, les expérimentations relatives aux nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé prévues à l'article 44 de la LFSS 2008 sont conduites au niveau national et mises en œuvre aujourd'hui par les missions régionales de santé (demain par les ARS). Ces expérimentations doivent prévoir un volet relatif à l'amélioration de la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques.

LE NIVEAU DE MISE EN ŒUVRE EN PROXIMITÉ

Il correspond à l'accompagnement personnalisé du patient dans le parcours de soins, pour mieux répondre à ses besoins.

Organisation coordonnée des ressources opérationnelles dans la continuité des soins

Elle doit s'appliquer à tous les patients chroniques concernés et repose sur :

- Le dispositif du parcours coordonné de soins autour du médecin traitant

(généraliste ou, dans certains cas, spécialiste) et des autres professionnels de santé, qui prévoit aussi le recours au spécialiste, qu'il soit en ville ou à l'hôpital ;

- Les dispositifs d'éducation thérapeutique du patient (*cf.* fiche 14) ;
- L'accompagnement social et psychologique des malades et de leurs familles ;
- Les prestataires de service impliqués dans la prise en charge.

Mise en place d'une approche personnalisée de la prise en charge du malade adaptée à ses besoins

Ses objectifs sont de quatre ordres :

- Implication du patient ;
- Utilisation d'outils simples de coordination ;
- Accompagnement personnalisé ;
- Attention particulière aux patients les plus fragiles.

La réflexion est à mener dans un premier temps pour les patients atteints de pathologies chroniques entrant dans la liste ALD 30, puisque les outils du dispositif « protocole de soins » existent déjà. L'objectif à terme reste néanmoins de cibler l'ensemble des patients malades chroniques.

Implication du patient

Il convient de positionner le malade chronique au cœur du processus thérapeutique, en tant que personne autonome, libre de valider ou non les choix qui sont faits grâce à une connaissance préalable de sa propre pathologie. Cette connaissance est acquise notamment au travers des programmes d'éducation thérapeutique du patient (*cf.* fiche 14). Le projet de prise en charge fait l'objet d'un engagement entre le patient et le médecin traitant, sur la base d'un document d'information réciproque partagé.

Utilisation d'outils simples de coordination

Pour les patients en ALD, trois types de documents existent et seront à faire évoluer :

- Guide médecin ;
- Liste des actes et prestations nécessités par la pathologie concernée (LAP) ;
- Guide patient remis par le médecin traitant.

Un dossier personnalisé d'informations et de suivi constitue le document socle de cet engagement patient/professionnel. Il comprend le guide patient remis par le médecin dans le cadre du colloque singulier, et la LAP modifiée par la HAS qui devient une feuille de route du suivi du patient. Ainsi, le médecin et le patient construisent ensemble les modalités d'un suivi personnalisé et disposent des mêmes informations.

Modulation de la coordination en fonction des besoins des patients

Il convient de ne pas imaginer un dispositif unique de coordination, mais un système souple qui permet de s'adapter à l'intensité des besoins du patient. Il ne faut pas oublier, en complément de la coordination, l'aval de la prise en charge sanitaire, la dimension éducative et d'accompagnement social. La scolarisation des enfants atteints de maladies chroniques et l'intégration professionnelle pour les adultes sont des dimensions essentielles. L'information sur l'aide à la complémentaire santé est aussi importante.

Cette approche nécessite l'implication forte des associations de patients et des services sociaux de l'Assurance maladie ainsi que des collectivités territoriales, notamment pour les dispositifs « personnes âgées » et « personnes handicapées ».

Pour les malades les plus fragiles

Ce sont des patients malades chroniques qui, à certains moments de leur pathologie, ont besoin d'un accompagnement personnalisé. Il peut s'agir de malades vivant une période de vulnérabilité rendant la prise en charge de leur maladie chronique plus difficile. Ce peut être des patients pour lesquels la complexité de la prise en charge proposée, et nécessaire, peut rendre indispensable une aide sous forme d'un accompagnement qui aurait ainsi une fonction de mise en cohérence des prises en charge proposées.

Le déclenchement de cet accompagnement spécifique des malades fragiles ne peut se faire qu'à l'issue d'un repérage et d'une évaluation sur la base d'un protocole à élaborer (*via* le protocole ALD, par exemple).

Cette fonction de support peut être identifiée au sein de différentes structures : maisons ou centres de santé, hôpitaux locaux, réseaux de santé, pôles de santé, etc. Elle est à rapprocher de celle de coordonnateur de soins mise en œuvre dans le cadre de différents plans (plan cancer, plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012), qui doit être expérimentée.

BIBLIOGRAPHIE

- Ministère de la Santé et des Solidarités. *Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques, 2007-2011*, avril 2007 : 52 p.
- Haute Autorité de santé (HAS). Guides ALD pour les soignants et les patients téléchargeables sur le site de l'HAS : <http://www.has-sante.fr>
- Caisse nationale de l'assurance maladie. *Évolution des dépenses de santé : une étude sur les coûts de traitement des affections de longue durée* (disponible sur : http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/cp10102006-ALD.pdf; consulté le 01/11/2008).

FICHE 16

Examens périodiques de prévention en médecine générale

FRANÇOIS BAUDIER

CONTEXTE

Des textes favorables à une approche médicale de la prévention...

En France, les textes fondateurs de l'Assurance maladie évoquaient déjà la notion de consultation de prévention. Beaucoup plus récemment, les États généraux de la prévention ou les orientations adoptées par la Conférence nationale de santé encourageaient une approche clinique de ce domaine. D'ailleurs, les lois sur la santé d'août 2004 donnent un cadre législatif à cette orientation :

- La loi de santé publique met en avant des consultations de prévention à certaines périodes de la vie ;
- La loi de réforme de l'Assurance maladie souligne le rôle du médecin traitant et le continuum de la prise en charge en termes de soins et de prévention.

Enfin, les États généraux de l'organisation de la santé (Egos) insistaient sur la médecine de premier recours, non seulement, dans sa composante « soins » mais aussi « prévention ». Les activités pluridisciplinaires (médecins, infirmières, etc.) de prévention sont promues, avec de nouvelles formes d'organisation de la santé telles que les maisons et pôles de santé, les réseaux de proximité, les hôpitaux locaux, la délégation de tâches médecins infirmiers...

...mais des représentations qui alimentent des avis divers et variés sur le sujet...

Elles sont nombreuses. Parmi elles :

- La consultation de prévention est un droit acquis depuis les ordonnances

de 1945, créant le système de protection sociale français : chaque assuré peut bénéficier tous les cinq ans d'un bilan de santé.

■ Effectuer un bilan de santé chez un sujet apparemment sans pathologie serait une manière efficace de prévenir les maladies.

...et de très faibles éléments de preuve concernant l'intérêt d'une consultation périodique de prévention dédiée

D'après le récent rapport du Haut Conseil de la santé publique (Baudier F., 2009), l'investigation bibliographique internationale mais aussi l'analyse des expériences récentes en France et les auditions faites corroborent les avis très réservés sur les consultations de prévention dédiées. En revanche, il semble se dégager un consensus autour d'une orientation et d'un concept :

■ *L'orientation* : développer une logique s'inscrivant dans un continuum organisé, à savoir utiliser plutôt les temps de contact existants qu'une consultation dédiée, en s'appuyant sur des recommandations validées.

■ *Le concept* : les soins de santé primaires, à travers l'instauration du médecin traitant et la définition des missions du médecin généraliste que l'on trouve dans la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST).

Deux appellations sont donc à différencier :

■ *La consultation de prévention dédiée*, qui s'inscrit dans un temps spécifique au cours duquel le ou les professionnels de santé vont effectuer toute une série d'investigations.

■ *Les examens (ou actes) le plus souvent périodiques (cette périodicité étant fixée par des référentiels) de prévention* :

- s'inscrivant dans un continuum organisé au sein du parcours coordonné de santé ;
- s'appuyant sur les temps de consultation habituels et itératifs entre médecin traitant et patient.

Ces deux formes organisationnelles doivent faire référence à des pratiques cliniques préventives validées et régulièrement réactualisées.

PERSPECTIVES

Médecin traitant, médecin généraliste : une cohérence au sein du dispositif législatif actuel et à venir

Dans le cadre des orientations de la loi sur la Sécurité sociale de 2004, le chapitre 1 de la convention sur le parcours de soins et la coordination précise que la relation de proximité du médecin traitant avec ses patients le situe au cœur du développement de la prévention. Les parties signataires (Assurance maladie et partenaires conventionnels) s'engagent donc à renforcer leur rôle dans ce domaine, notamment en développant la dimension « santé publique » et en favorisant la participation des médecins traitants aux programmes de prévention. En pratique, l'engagement du médecin traitant se fait à travers différents examens (ou actes), le plus souvent périodiques (cette périodicité

étant fixée par des référentiels), en rapport avec les objectifs de santé publique fixés par la loi de 2004. Ils ont été mis en œuvre progressivement et régulièrement à partir de 2005, sur un certain nombre de sujets : dépistage des cancers, vaccinations, lutte contre la iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées, suivi de la grossesse, etc. D'autres sont à venir. Dans ce contexte, la seule consultation dédiée pertinente pourrait être celle qui concernerait l'adolescent au moment de son entrée dans le dispositif du médecin traitant. À cette occasion, son dossier personnel (qui le suivra tout au long de sa vie) serait constitué, un examen complet et adapté serait réalisé.

La loi HPST précise les missions du médecin généraliste de premier recours. Elles sont très proches de celles du médecin traitant et mettent l'accent sur son rôle en matière de coordination du parcours de santé, son implication dans le champ de la prévention et les liens à faire avec le secteur médico-social.

Les coopérations entre les professionnels et la prise en charge préventive d'aval

Dans les programmes étrangers sur la prévention, les professionnels de santé paramédicaux, en particulier les infirmières, sont très souvent en première ligne. Dans cette perspective, il est indispensable de prévoir de nouveaux modes d'organisation : projet de santé sur un territoire donné, contrat d'objectifs et de moyens, protocole de prévention partagé, temps de concertation, etc. La loi HPST donne des ouvertures majeures en matière de coopération entre professionnels de santé. Les domaines de la prévention clinique et des examens périodiques de santé devront donc être un champ prioritaire de mise en œuvre de cette nouvelle politique de coopération.

Par ailleurs, la mise en place d'une offre de prévention dans le parcours de santé conduit le médecin traitant à identifier ou à dépister des habitudes de vie qu'il est important de faire évoluer, voire de modifier (éducation pour la santé). Dans un certain nombre de cas, cette prise en charge ne peut se faire dans le cadre des consultations médicales habituelles (principalement du fait d'un manque de temps). C'est pourquoi il est nécessaire d'envisager des structures ou personnes ressources en capacité d'agir de façon individuelle ou collective auprès de ce public. C'est le domaine d'intervention privilégié :

- De certaines professions comme les diététiciens, psychologues, éducateurs médico-sportifs ;
- D'associations de prévention comme les comités d'éducation pour la santé, les associations de lutte contre la consommation d'alcool, etc. ;
- D'intervenants du social ou du médico-social.

Dans cette perspective et à travers la loi HPST, des territoires de santé seront définis et des conférences de territoire seront mises en place. Ces dernières s'intéresseront à la santé publique et la prévention. Elles auront donc la responsabilité de proposer à l'ARS les composantes locales du projet régional de santé qui pourra faire l'objet de contrats de santé. Cette perspective devrait permettre de faciliter les liens entre les examens périodiques de santé et une prise en charge d'aval mieux organisée et protocolisée.

MISE EN ŒUVRE

L'importance de disposer de référentiels pour les examens périodiques de prévention

Dans la plupart des pays, les référentiels existent pour les pratiques cliniques préventives de l'adulte. En France, ils sont dispersés dans différentes recommandations émanant principalement de la HAS. Il est donc urgent que la HAS ainsi que les spécialistes et sociétés savantes concernés réalisent ce travail. Il devra être ensuite actualisé régulièrement.

L'existence de ces référentiels est nécessaire mais insuffisante, en particulier dans le champ de la prévention où la dimension psychosociale et éducative est conséquente. Il est donc important de bâtir des démarches et des outils de prévention et d'éducation pour la santé, dans le cadre du partenariat INPES et HAS. Ces derniers devront concerner tous les domaines et tous les âges correspondant aux référentiels. Il sera indispensable qu'ils s'adaptent à des approches individuelles ou collectives impliquant le médecin traitant ou d'autres professionnels.

La loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) 2008 donne des perspectives pour de nouveaux modes de rémunération, en particulier dans le champ de la prévention

Le type et la nature des activités préventives, qu'elles soient individuelles ou collectives, faisant intervenir le médecin traitant ou s'inscrivant dans une coopération entre différents professionnels, nécessitent d'élargir les modalités de rémunération, limitées aujourd'hui principalement au paiement à l'acte. La LFSS 2008 permet cette adaptation, qui devrait pouvoir être mise en œuvre en 2009 (paiement à la performance, forfait, etc.).

La prévention en général et les examens périodiques préventifs en particulier doivent faire partie des priorités pour le déploiement de ce nouveau dispositif.

Plusieurs axes à développer pour demain

Pour le futur, il est donc important de distinguer trois dimensions qui pourraient correspondre à des chantiers distincts mais complémentaires :

- L'établissement et l'actualisation des données probantes scientifiques (pratiques cliniques préventives) *par la HAS.*
- La rédaction de référentiels psycho-comportementaux et la production d'outils (critères relationnels à prendre en compte, motivation des professionnels et patients, démarches facilitant l'appropriation par le professionnel et le consultant, etc.) *par l'INPES.*
- La définition et la mise en place des aspects organisationnels (articulation entre les médecins et les autres professionnels de santé, et modalités de suivi en aval) *par le ministère de la Santé et l'Assurance maladie.*

C'est dans cette dynamique que l'ARS doit jouer un rôle central pour une mise en œuvre cohérente et concertée de pratiques cliniques préventives au sein de la patientèle de chaque médecin traitant de sa région, tel que prévu dans le futur pôle Santé publique.

Le but est de favoriser une équité et une qualité de l'offre de santé pour tous. Cette dimension est essentielle si l'on souhaite faire de la prévention un véritable facteur de réduction des inégalités de santé, ce qui est rarement le cas aujourd'hui.

BIBLIOGRAPHIE

- *Stratégies nouvelles de prévention*. Rapport final de la Commission d'orientation prévention (15 décembre 2006) : http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/toussaint_151206/rapport.pdf
- *Les voies d'amélioration du système de santé français*. Conférence nationale de santé (CNS), avis du 22 mars 2007 : http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/conf_nationale_sante/avis_22mars.pdf
- *États généraux de l'organisation de la santé. Synthèse des travaux* : http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/egos/synthese_egos.pdf
- *Consultations de prévention : constats sur les pratiques actuelles en médecine générale et propositions de développement*. Baudier F., Haut Conseil de la santé publique, mars 2009 : http://www.hcsp.fr/hcspi/docspdf/avisrapports/hcspr20090325_ConsultPrev.pdf

FICHE 17

ARS et politique de lutte contre les addictions

CATHERINE BERNARD

La politique de santé en matière de lutte contre les addictions oblige à concevoir une approche intersectorielle. Au sein de l'ARS, l'approche se doit d'être transversale pour garantir cohérence et efficacité. Il s'agit d'intervenir de façon concomitante et cohérente dans les différents domaines de la *prévention*, du *repérage précoce et de l'accès aux soins* des personnes en difficulté du fait de conduites addictives, et de l'organisation d'un *dispositif d'accueil, d'évaluation de soins* et d'accompagnement. Ces dispositifs relèvent autant du champ *sanitaire*, ambulatoire et hospitalier, que du champ *médico-social*, ambulatoire ou avec hébergement thérapeutique. Le pilotage de cette politique nécessite de pouvoir disposer des systèmes *d'observation et d'information* adéquats et de compétences en *évaluation*.

CONTEXTE

- Il existe un continuum évolutif des consommations dites banales aux consommations problématiques pouvant entraîner des complications.
- Les conduites addictives sont un déterminant majeur de la santé de la population.
- L'impact de ces addictions est sanitaire mais aussi social. Il est majeur en termes d'inégalités de santé, de morbidité évitable et de mortalité prématurée. Il est fonction des comportements et usages, des substances consommées, des contextes sociaux, etc.
- La loi de santé publique de 2004 s'est fixé des objectifs de diminution des consommations et de réduction des risques.

Difficultés actuelles en matière d'offre de services en addictologie

- Une prévention insuffisamment développée, avec des objectifs qui doivent être explicités.
- Une offre de services encore peu lisible pour la population générale et les personnes en difficulté du fait de leur consommation de substances psychoactives.
- Une insuffisante précocité des démarches de soins et d'accompagnement, en amont des situations de dépendance, d'où la nécessité de stratégies pour promouvoir des démarches de repérage, d'évaluation et d'intervention précoces.
- Un dispositif qui paraît insuffisamment doté au regard des besoins et des enjeux, et parfois mal articulé entre les acteurs du champ sanitaire, ceux du médico-social et ceux de la ville.
- Peu de référentiels dans les modes d'intervention, y compris en prise en charge des personnes.
- Une recherche faible et parcellaire, à structurer et développer tant dans le champ de la prévention que dans le domaine de la recherche clinique.

CONSTAT

Un contexte particulier en termes d'offre de prévention, de soins et de services

La mise en place des ARS est concomitante à l'évolution de l'offre de soins spécialisés en addictologie et à la mise en œuvre du Plan national addictions 2007-2011, avec ses quatre circulaires d'application¹.

■ Chaque région a élaboré (ou élabore) un *schéma* d'organisation des soins en addictologie, qui concerne l'offre sanitaire, et un schéma régional médico-social d'addictologie. Selon les régions, les deux démarches sont confondues ou conjointes. L'efficacité voudrait qu'elles ne soient pas indépendantes, même si la réglementation des deux secteurs relève de deux législations différentes !

■ Le dispositif médico-social : la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa).

Le dispositif doit évoluer de façon importante avant la fin de l'année 2009 (date réglementaire) ; il est historiquement organisé avec :

- Les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) ;
- Les centres de soins spécialisés aux toxicomanes (CSST).

Ces deux entités ont vocation à disparaître pour laisser place à un nouveau dispositif unique, dont les missions sont précisées par le décret du 14 mai

1. Quatre circulaires d'application :

- Circulaire DGS/6B/Dhos/O2/2007/203 du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie.
- Circulaire DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie.
- Circulaire Dhos/O2/2008/299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie.
- Circulaire Dhos/O1/2008/305 du 3 octobre 2008 relative aux décrets n° 2008-377 du 17 avril 2008 réglementant l'activité de soins de suite et de réadaptation.

2007, les Csapa. Ils doivent obligatoirement assurer l'accueil, l'information, l'évaluation médicale psychologique et sociale des patients et de leur entourage, mais ils peuvent spécialiser leur activité de prise en charge en direction des personnes consommant de l'alcool ou des substances psychoactives illicites.

Le dispositif médico-social en addictologie est complété par les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction pour les risques des usagers de drogues (Caarud), créés par décret du 22 décembre 2005, structures à bas seuil d'exigence pour les personnes accueillies, qui permettent d'informer et de conseiller les usagers de drogues et favorisent notamment l'accès à du matériel de prévention des infections.

- Des professionnels le plus souvent très impliqués à titre personnel ou à titre associatif.

Un continuum promotion de la santé - prévention - soins - réinsertion

Prévention

- *Promotion de la santé et prévention universelle*, qui concernent tout le monde avec des objectifs tels que développer l'autonomie individuelle et la capacité des personnes à maîtriser leur vie (et la perception de cette capacité), renforcer l'estime de soi, gérer ses émotions, développer du lien social et de la citoyenneté, etc. Elles participent à la prévention de l'ensemble des comportements à risque, parmi lesquels les problèmes liés aux conduites addictives.

- *Prévention sélective*, à propos de situations ou de populations particulières, et le plus souvent auprès de publics ayant déjà une expérience des conduites concernées (alcool et conduite, consommation de substances psychoactives et grossesse ou risques professionnels, etc.). Elle permet de développer les connaissances et les compétences sur les conduites addictives et les risques y afférant. Cela implique un travail conjoint avec les acteurs habituels de la prévention mais aussi des partenariats avec des professionnels non spécialisés dans ces champs (maternités, gynécologues, PMI, planning familial, services de santé au travail, Éducation nationale, etc.).

- *Prévention indiquée* qui s'adresse à des individus, notamment repérage précoce et intervention brève (RPIB) permettant une prise de conscience précoce d'une consommation exposant à des risques (promotion de l'autoévaluation, aide à lever le déni, etc.). Cela induit, dans une proportion significative, un changement dans les conduites et permet, le cas échéant, de mettre en place des réponses adaptées (démarches de soin, d'accompagnement et de réduction des risques).

Ces stratégies nécessitent : formation de professionnels de premier recours (médecins généralistes, infirmiers scolaires, par exemple), actions d'accompagnement, etc.

- *Réduction des risques* : cette politique a émergé dans le champ des toxicomanies dans le cadre de l'épidémie de sida mais elle peut apporter des bénéfices aux consommateurs de substances quelles qu'elles soient, tabac et alcool

inclus. Intérêt de développer, dans ce cadre de la recherche clinique, des évaluations des pratiques professionnelles ainsi que des formations.

■ *Éducation thérapeutique*, qui vise non seulement à prévenir les rechutes mais aussi à prendre en compte d'éventuelles complications et à favoriser la réinsertion sociale.

Organisation du système de soins non spécialisés en addictologie

Au regard de la prévalence des consommations de tabac et d'alcool, notamment dans les patientèles ambulatoires ou hospitalières (enquête Drees 2000), il est important de développer les compétences professionnelles pour que la question des consommations de substances psychoactives puisse être prise en compte à l'occasion d'un recours aux soins (*cf.* intervention précoce ci-dessus, ou sortir du déni). Ce travail est à développer avec les équipes de liaison en addictologie au sein des services hospitaliers MCO (médecine, chirurgie, obstétrique), psychiatrie et SSR (soins de suite et de réadaptation).

Plus grande implication de la médecine de ville dans la prise en compte des conduites addictives chez sa patientèle (tabac : formation au conseil minimal et au sevrage tabagique chez les dépendants faibles et modérés, formation au RPIB, notamment pour l'alcool et le cannabis, suivi des patients sous traitement de substitution aux opiacés, etc.).

Développement de compétences en addictologie pour les personnels intervenant dans des lieux ou auprès de publics plus particulièrement concernés par les problèmes d'addiction, comme les structures d'urgence sociale, les centres d'hébergement et de réadaptation sociale, le milieu pénitentiaire, la protection judiciaire de la jeunesse, etc.

Organisation du système de soins spécialisés

■ Le dispositif de soins spécialisés en addictologie relève à la fois du champ sanitaire et du champ médico-social. Les articulations entre les professionnels de ces deux champs, ainsi qu'avec les professionnels de ville, sont indispensables à la qualité, l'accessibilité et la continuité des prises en charge. Chaque territoire de santé doit pouvoir disposer d'une palette diversifiée de soins et de services, accessibles, même si certains dispositifs répondant à des besoins spécifiques peuvent avoir une vocation régionale ou interrégionale.

Il faut mettre en place des stratégies de soutien auprès des professionnels qui travaillent avec les publics les plus en difficulté.

■ Sanitaire

- Constitution des filières en addictologie avec une offre graduée de soins.
- Équipes de liaison susceptibles d'intervenir en dehors des murs de l'hôpital de rattachement, vers d'autres structures sanitaires par exemple.
- Prise en compte des démarches de prévention ciblée et de repérage précoce par les établissements de santé avec reconnaissance de cette activité au sein du CPOM.

■ Médico-social

- Csapa : la mise en place fin 2009-début 2010 de ces nouvelles entités nécessite un accompagnement important pour que, au-delà d'une évolu-

tion des terminologies et des étiquettes administratives, la création des Csapa permette une plus grande lisibilité du dispositif, une meilleure accessibilité aux soins des personnes en difficulté du fait de leurs conduites addictives, et au total qu'elle améliore le service rendu aux usagers et à leur entourage.

- Caarud : structure à bas seuil d'exigence pour les personnes accueillies, mais, de fait, à haut seuil d'exigence pour les intervenants. Cela justifierait des stratégies de formation, d'implication dans des activités de recherche évaluative sur les pratiques professionnelles, par exemple.

De très nombreux partenaires

- Mildt et coordination interministérielle locale qui relève de la compétence préfectorale ;
- Justice, Éducation nationale, Travail, Police, etc. ;
- Collectivités locales, etc. ;
- Associations néphalistes, Asud, etc. ;
- INPES, associations de prévention, Anpaa, Anitea ;
- Organismes représentatifs des professionnels libéraux, de formation continue, etc. ;
- Réseaux de santé, opérateurs du champ social, etc.

PROPOSITIONS

■ Volet addiction du PRS obligatoire.

Insertion dans le projet régional de santé d'un programme d'actions en matière de conduites addictives, élaboré en lien étroit avec la commission régionale addiction.

■ Pilotage unique au sein de l'ARS pour la politique de santé en matière de lutte contre les addictions.

- *Rattachement au pôle Promotion, prévention et programmes de santé de l'actuel dispositif médico-social d'addictologie (y compris naturellement les Csapa à gestion hospitalière).*

Plusieurs arguments plaident en faveur de ce rattachement en termes de cohérence des approches et de liens privilégiés avec les partenaires (le rattachement au pôle médico-social en charge du handicap ou des personnes âgées n'apparaît pas optimum, et ce d'autant que le dispositif « addictologie » relève d'une enveloppe spécifique de l'Ondam, sans lien avec la CNSA).

- *Organisation et suivi du dispositif sanitaire hospitalier d'addictologie, en revanche, par le pôle des soins mais avec un lien clair et étroit avec le pilote au sein du pôle de santé publique. La gestion directe par le pôle promotion, prévention et programmes de santé de cette activité, qui relève principalement de la tarification à l'activité ou des Migac, ne paraît pas opportune.*
- *Les financements doivent s'inscrire dans une logique contractuelle et pluriannuelle avec les opérateurs sur la base de contrats pluriannuels d'objec-*

tifs et de moyens, le financement sur la base d'appels à projets annuels étant totalement inadapté, sauf cas particuliers (démarches expérimentales, par exemple).

- *Soutien aux modes d'intervention qui favorisent les synergies et les approches intégrées* : par exemple, formation aux approches motivationnelles, pertinentes en clinique de ville non seulement en addictologie mais aussi dans toutes les situations impliquant des comportements favorables à la santé.
- **Incitation et accompagnement par ce pôle de politiques globales de promotion de la santé** intégrant la prévention des comportements à risque dans les écoles, les entreprises et les collectivités (de type Écoles promotrices de santé, Entreprises en santé, Villes-santé, etc.).
- **Collaboration étroite avec les usagers et leurs associations** dans la conception de la politique, l'organisation du dispositif de soins et les actions susceptibles d'être menées auprès des patients malades ou de leur entourage.
- **Porter une attention particulière à ce que ni la politique menée ni les pratiques de soins ne soient, d'aucune façon, stigmatisantes** pour les personnes concernées par les conduites addictives.

FICHE 18

Lutte antituberculeuse

MARIE-CLAIRE PATY
 FADI ANTOUN
 ÉRIC SCHWARTZENTRUBER
 ET COLLABORATEURS¹

QUELS ENJEUX ?

Les enjeux de la lutte antituberculeuse (LAT) en France, en 2009, sont déterminés par les caractéristiques épidémiologiques de la tuberculose et liés au fait que cette maladie infectieuse est à fort déterminant social.

Cette mission est concernée par deux lois récentes :

- En application de la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, depuis le 1^{er} janvier 2006, la responsabilité de la LAT relève de l'État et non plus des conseils généraux.
- La loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 comporte un objectif relatif à la lutte antituberculeuse : consolider la diminution de l'incidence de la maladie et réduire les disparités.

De plus, la politique de lutte antituberculeuse a été revue en juillet 2007 (cf. annexe p. 141) avec :

- La publication du programme de lutte contre la tuberculose en France [1] ;
- La suspension de l'obligation de vaccination par le BCG au profit d'une recommandation forte de vaccination des enfants à risque² [2].

1. Cette fiche a été rédigée dans le cadre du travail du groupe « lutter contre les disparités » du comité de suivi du programme de lutte contre la tuberculose en France. Les autres membres du groupe sont Delphine Antoine, Pierre Blaise, François Blanc-Jouvan, Emmanuelle Cambau, Michel Cszasz-Goutchkoff, Arthur Fournier, Françoise Fleury, Mathilde Jachym, Nathalie Joannard, Thierry Kern, Christine Laruelle, Sylvie Larnaudie, Agnès Noireaut, Jean-François Schemann, Laurence Zunic.

2. Décret du 17 juillet 2007, circulaires du 14 août 2007 et du 13 août 2008.

ÉPIDÉMIOLOGIE DE LA TUBERCULOSE : DES GROUPES DE POPULATIONS EXPOSÉS ET DES DISPARITÉS GÉOGRAPHIQUES

La France est, comme la plupart des pays de l'Union européenne, un pays à faible incidence de tuberculose. Cette situation est caractérisée par de fortes disparités. Avec 5 588 cas de tuberculose déclarés, l'incidence était en 2007 de 8,9/105. Il y a eu, en 2007, une augmentation de 5 % de l'incidence par rapport à 2006, dans un contexte de baisse régulière [3, 4]. Cette augmentation d'incidence peut être liée à une meilleure performance du système (meilleure exhaustivité de la déclaration obligatoire, meilleure détection des cas) dans le contexte de la recentralisation et du programme de lutte contre la tuberculose, mais elle impose une vigilance accrue vis-à-vis cette maladie et la poursuite des efforts engagés depuis la recentralisation et la mise en œuvre du programme de lutte contre la tuberculose.

- **Les groupes de population les plus atteints** sont notamment les migrants de pays de forte endémie, les populations précaires (en particulier les SDF), les personnes âgées, les personnes détenues.
- **Disparités géographiques** : l'incidence est la plus élevée en Ile-de-France, qui concentre 38 % des cas, et de façon plus générale dans les grands centres urbains.
- **Multirésistance** : la multirésistance (résistance aux deux antituberculeux majeurs) du bacille de la tuberculose est un enjeu important au plan international. Pour ce qui concerne la France, la proportion de souches multirésistantes est relativement stable : de l'ordre de 2 % des souches.
- **Politique vaccinale BCG, une application insuffisante de la recommandation de vaccination des enfants à risque**. L'estimation de la couverture vaccinale de ces enfants, réalisée par l'InVS, est de l'ordre de 53 %.

RECENTRALISATION

La recentralisation vise à une organisation plus cohérente sur l'ensemble du territoire et à la diminution des disparités de prise en charge. Les Ddass ont habilité de nouvelles structures, souvent hospitalières, en tant que centres de lutte antituberculeuse (Clat). Les conseils généraux qui le souhaitaient ont toutefois pu continuer à exercer cette compétence au travers de conventions avec les services de l'État (Ddass). En 2008, l'État a repris cette compétence dans 55 départements.

QUELLE LOGIQUE D'ACTION ?

- Application du programme de lutte contre la tuberculose en France.
- Baser l'action sur les opérateurs principaux que sont les Clat (dont les missions sont décrites dans les circulaires de mai et juillet 2005 relatives à la recentralisation) et les établissements de soins.
- Garantir l'accès aux soins au travers de la gratuité des prestations des Clat et de l'application de la réglementation (AME, CMU-c, etc.).

- Privilégier et développer une approche intersectorielle de la lutte antituberculeuse (politiques de la ville, politiques sociales, etc.).
- Animer et développer un réseau de partenaires.

RÔLE DE L'ARS

- Déclinaison du programme de lutte contre la tuberculose dans les régions en fonction des caractéristiques locales, notamment concernant l'épidémiologie mais aussi la structure sociodémographique.
- Habilitation de structures ou conventions avec les conseils généraux ayant gardé la compétence.
- Évaluation de ces structures au travers des rapports d'activité des Clat.
- Garantie de l'accès pour tous à un diagnostic bactériologique de qualité (technicité, accès aux tests bactériologiques rapides – diagnostic, identification et résistances –, coordination des étapes techniques), dans des délais courts, à tout moment.
- Identification des structures de soins de suite dans la région ou, si le besoin ne le justifie pas, au niveau interrégional, pour la prise en charge du suivi des cas complexes (notamment en termes d'observance et d'éducation thérapeutique).
- Bonne allocation et utilisation des moyens.
- Application de la recommandation de vaccination par le BCG (*cf.* circulaires des 14 août 2007 et 13 août 2008).
- Participation à la surveillance de la tuberculose : réception, gestion et validation des déclarations obligatoires (DO) adressées annuellement à l'InVS.
- Gestion des alertes et des crises liées à la tuberculose.
- Développement et garantie de l'existence de solutions d'hébergement pour les patients dont la précarité met en danger l'adhésion au traitement et son observance.
- Mise en place d'une coordination régionale concernant les signalements de cas, les enquêtes et la surveillance épidémiologique.
- Participation aux réflexions nationales pour l'amélioration de la LAT.
- Conduite d'une politique régionale de la vaccination par le BCG (*cf.* fiche 12 : Vaccinations).

QUELS MÉTIERS ?

Un pilotage médical de ces actions est nécessaire (besoin de connaissances en santé publique, du système de santé et de la lutte antituberculeuse) afin que l'ARS soit crédible vis-à-vis de ses partenaires. Des infirmiers de santé publique peuvent participer à ce pilotage.

Comme pour l'ensemble des actions de prévention, un soutien administratif fort (délégation de crédits et leur suivi, montage de conventions, etc.) est à associer au pilotage médical. À noter que les budgets concernés sont importants (de l'ordre de 50 millions d'euros au plan national, en incluant la dotation globale de décentralisation – DGD – allouée aux conseils généraux ayant gardé la compétence).

QUELS PARTENAIRES ET QUELS LEVIERS D'ACTION ?

- Les opérateurs principaux sont les Clat.
Ils ont pour missions principales :
 - La réalisation des enquêtes autour des cas de tuberculose ;
 - Le dépistage dans les populations exposées ;
 - La mise en place d'actions d'information du public et des professionnels.Ils sont garants de l'accès de tous à la prévention et aux soins au travers de la gratuité de leurs prestations (dépistage, soins, suivi médical, délivrance des médicaments, vaccination).
- Les partenaires principaux sont :
 - Collectivités territoriales (conseils généraux, dont la PMI) ;
 - Professionnels de santé (médecins, sages-femmes, pharmaciens, infirmiers) ;
 - Établissements de santé (dont Pass) ;
 - Gestionnaires de structures d'hébergement ;
 - Milieu pénitentiaire ;
 - Éducation nationale ;
 - Médecine du travail ;
 - Secteur associatif ;
 - Assurance maladie, etc.

DIFFICULTÉS

- Importance de l'aspect transversal pour cette thématique à l'intérieur des ARS elles-mêmes et entre les institutions concernées.
- Mise en application de la recommandation de vaccination par le BCG des enfants à risque face aux freins des médecins.
- Possibilité d'atteindre les populations les plus éloignées du dispositif de prévention et de soins.
- Prise en charge de patients réticents aux soins : situation complexe qui, bien qu'exceptionnelle, nécessite le plus souvent l'élaboration de solutions originales mobilisant de nombreuses ressources.
- Nécessité au plan local de clarification de certains aspects financiers : par exemple, financement Assurance maladie *versus* État dans les situations dans lesquelles la frontière n'est pas claire et les pratiques variables (exemple du financement de scanners prescrits par les Clat pour préciser des images radiologiques trouvées lors du dépistage).
- Problème de l'hétérogénéité des pratiques des CPAM vis-à-vis de l'attribution de l'AME.

ÉLÉMENTS DE BIBLIOGRAPHIE

- [1] Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports. *Programme de lutte contre la tuberculose en France 2007-2009*. http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/tuberculose/prog_tuberculose_2007_2009.pdf
- [2] Conseil supérieur d'hygiène publique de France. Avis du 9 mars 2007

relatif à la suspension de l'obligation de vaccination par le vaccin BCG chez les enfants et les adolescents. http://www.hcsp.fr/docspdf/cshpf/a_mt_090307_vaccinbcg.pdf

[3] *Actualités de la tuberculose en 2009*. Numéro thématique. BEH 2009 ; n° 12-13 : 105-21. http://www.invs.sante.fr/beh/2009/12_13/beh_12_13_2009.pdf

[4] Antoine D., Che D. *Les cas de tuberculose maladie déclarés en France en 2007*. BEH 2009 ; n° 12-13 : 106-9.

ANNEXE

QUI FAIT QUOI DANS LA LUTTE ANTITUBERCULEUSE EN 2007

Qui	Quoi
Hôpitaux, établissements de santé publics et privés	
Services cliniques Services de bactériologie Médecine du travail Équipes opérationnelles d'hygiène Clin Département d'information médicale Pharmacie hospitalière	<ul style="list-style-type: none"> ■ Diagnostic, traitement, suivi des patients ■ Signalement immédiat au Clat et à la Ddass ■ Déclaration obligatoire à la Ddass ■ Déclaration des issues de traitement (en 2007) à la Ddass ■ Accueil de l'équipe du Clat pour l'entretien initial avec le patient afin de dresser la liste des contacts ■ Participation à l'enquête autour du cas en milieu de soins : patients et personnels contacts du cas
Médecins libéraux	
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Diagnostic, traitement, suivi des patients ■ Signalement immédiat au Clat et à la Ddass ■ Déclaration obligatoire à la Ddass ■ Déclaration des issues de traitement (en 2007)
Clat	
Partenaires des Clat : Santé scolaire, PMI, médecins du travail, équipes hospitalières, Ucsa, médecins libéraux, Ddass, etc. Associations, Réseaux santé précarité	<ul style="list-style-type: none"> ■ L'ensemble des prestations réalisées par les Clat et la délivrance des médicaments peuvent l'être à titre gratuit ■ Coordination la lutte antituberculeuse au niveau départemental ■ Consultations médicales par un médecin ayant une expérience dans le domaine de la lutte contre la tuberculose ■ Suivi des patients et délivrance des médicaments antituberculeux, en particulier pour les personnes en rupture de couverture sociale ■ Dépistage : réalisation des enquêtes dans l'entourage des cas ; réalisation d'actions ciblées de dépistage ; élaboration des stratégies ■ Actions de prévention primaire, notamment ciblées pour des groupes à risques : information, communication ; vaccination par le vaccin antituberculeux BCG ■ Participation à la formation des professionnels ■ Développement des partenariats et participation à un réseau départemental de lutte contre la tuberculose ■ Participation à l'évaluation et la surveillance épidémiologiques
Ddass	
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Responsables de la lutte antituberculeuse dans les départements ■ Participent au réseau ■ Centralisent les déclarations obligatoires ■ Évaluent l'activité des Clat (rapports d'activité) ■ Dans les départements où le département (conseil général) a rendu la compétence à l'État, habilitation des structures opérateurs de la lutte antituberculeuse (les Clat)

S'y ajoutent les Drass, qui ont un rôle de soutien et coordination, et les GRSP, dont le rôle est primordial pour la mise en œuvre actuelle des crédits.

Source : Programme de lutte contre la tuberculose en France [1].



OUTILS

FICHE 19

Éducation pour la santé

CHRISTINE FERRON

UNE DÉFINITION

L'éducation pour la santé comprend toutes les activités visant intentionnellement l'accroissement des connaissances en matière de santé et le développement d'aptitudes influençant positivement la santé des individus et des groupes.

S'inscrivant dans le cadre de la promotion de la santé, l'éducation pour la santé s'attache à développer :

- *La démocratie participative et l'action communautaire*, en prenant appui sur les demandes et représentations des publics auxquels elle s'adresse, en définissant avec ces publics les objectifs de ses interventions, en utilisant des méthodes favorisant la participation et l'*empowerment*.
- *Les aptitudes personnelles et collectives*, en accompagnant les publics dans la proximité et la durée, et en installant des situations pédagogiques laissant une place aux individus et aux groupes dans la construction et l'appropriation des savoirs et des compétences.
- *L'éducation du patient*, qui s'adresse aux personnes engagées dans une relation de soin et à leur entourage, basée sur la construction d'une relation patient-soignant fondée sur la participation active du patient et visant l'autonomie de ce dernier.

QUELS ENJEUX ?

La politique de santé publique doit prioritairement s'attacher à :

- Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.
- Améliorer la prise en charge et la qualité de vie des personnes atteintes d'un

handicap ou d'une maladie chronique, dont le nombre s'accroît du fait du vieillissement de la population.

■ Prévenir les comportements et consommations à risques (accident, suicide, alcool, tabac...), sources d'une morbidité évitable et d'une mortalité prématurée importantes.

Le système de soins ne peut contribuer seul à l'amélioration de la santé de la population. Il n'intervient ni sur les conditions socio-économiques, ni sur l'environnement, et n'exerce qu'une influence très modérée sur les habitudes de vie ou les comportements.

L'éducation pour la santé, qui ne dissocie pas les dimensions biologique, psychologique, sociale et culturelle de la santé, vise à ce que *chaque citoyen acquière tout au long de sa vie les compétences et les moyens qui lui permettront de promouvoir sa santé et sa qualité de vie, ainsi que celles de la collectivité*. À ce titre, l'éducation pour la santé est une mission de service public intégrée au système de santé et au système d'éducation. Elle doit donc bénéficier de modalités d'organisation et de niveaux de financement appropriés.

QUELLE LOGIQUE D'ACTION ?

Le développement des formations et des recherches en éducation pour la santé

Une éducation pour la santé de mauvaise qualité présente le risque, non seulement d'être inefficace, mais aussi d'avoir des effets contre-productifs : renforcement des inégalités, culpabilisation, rejet... L'élaboration et la diffusion de référentiels de bonnes pratiques, la mise en œuvre de formations de plusieurs niveaux, d'études et de recherches accessibles aux différents intervenants en éducation pour la santé sont des priorités.

La généralisation et la pérennisation de l'éducation pour la santé de proximité, véritable mission de service public

L'éducation pour la santé doit s'exercer de manière équitable, permanente et cohérente sur l'ensemble du territoire. Elle doit bénéficier de financements suffisants et pérennes.

Des dynamiques et des compétences existent dans toutes les régions : il s'agit, d'une part, de mieux les identifier, de les renforcer et de veiller à leur inscription dans les politiques régionales de santé et, d'autre part, d'accroître l'articulation entre les programmes nationaux et les actions éducatives de proximité.

Les sources d'information sur la santé se multiplient, utilisant les supports les plus variés : les documents produits par les institutions, les associations, l'industrie pharmaceutique et agro-alimentaire, mais aussi la presse écrite, la télévision, la radio, l'Internet... Dans ces conditions, il est difficile pour l'utilisateur de vérifier la qualité des informations qui lui sont délivrées. Il paraît donc utile que les pouvoirs publics donnent aux citoyens les moyens d'exercer leur esprit critique et d'identifier les informations scientifiquement validées.

Le développement de l'éducation du patient

Les traitements à visée préventive ou curative sont de plus en plus complexes et sur le long terme : pour être efficaces, ils doivent être compris, acceptés et gérés au quotidien par les patients. D'où la nécessité pour les soignants de mettre en œuvre une éducation du patient, c'est-à-dire d'aider les patients à développer ou acquérir les compétences qui leur permettront de devenir acteurs de leur guérison potentielle, de leur traitement ou, plus généralement, de leur santé. Des études françaises et étrangères ont montré les bénéfices importants que l'on peut en attendre en termes de qualité de vie, d'efficacité des soins et de baisse des coûts financiers pour la collectivité.

Tous les patients dont l'état de santé le nécessite doivent pouvoir accéder à un programme structuré d'éducation thérapeutique. Cela passe en premier lieu par une valorisation, y compris financière, de cette activité, et par la formation de tous les professionnels concernés.

RÔLE DE L'ARS

- Définir les publics et thèmes de santé prioritaires pour les activités régionales d'éducation pour la santé.
- Assurer la mise en œuvre pérenne d'activités d'éducation pour la santé coordonnées et cohérentes au niveau de la région.
- Promouvoir la mise en œuvre en région d'actions d'éducation pour la santé de qualité : s'appuyant sur des référentiels partagés et des recommandations de bonnes pratiques, favorisant la pluridisciplinarité et le partenariat, adossées à des protocoles d'évaluation rigoureux.
- Soutenir la formation des acteurs de l'éducation pour la santé en région : professionnels spécialisés et acteurs-relais.
- Encourager la prise en compte des actions d'éducation pour la santé dans les plans stratégiques des collectivités territoriales.
- Suivre la réalisation des actions d'éducation pour la santé, s'informer des résultats de leurs évaluations et en tenir compte pour la définition des actions à soutenir en priorité.

QUELS MÉTIERS ?

- **Animateurs en éducation pour la santé** : chargés d'animer des séances collectives d'éducation pour la santé, avec différents publics et dans différents lieux de vie.
- **Chargés de projets et conseillers méthodologiques en éducation pour la santé qualifiés aujourd'hui d'ingénieurs-conseils en éducation pour la santé**, chargés de concevoir, coordonner, mettre en place, accompagner et évaluer, de façon participative et partenariale :
 - des projets et des actions visant à développer les capacités et le pouvoir des personnes, des groupes et des institutions à faire des choix favorables à la santé et à la qualité de vie ;

- des formations initiales et continues en éducation pour la santé ;
- des études et des recherches-actions en réponse aux besoins de développement en éducation pour la santé.

Les ingénieurs-conseils méthodologiques en éducation pour la santé représentent le niveau de progression le plus élevé dans l'expertise du métier.

■ **Documentalistes** : chargés d'assurer une veille et des recherches documentaires dans le domaine de l'éducation pour la santé, et de mettre à disposition une documentation spécialisée en éducation pour la santé (incluant les outils pédagogiques).

Tous ces acteurs capitalisent et valorisent les résultats et les enseignements des actions menées, dans une logique de production et de transfert de connaissances, de méthodes et d'outils destinés à tout public ou aux professionnels de la santé, de l'éducation et du travail social.

LEVIERS ET DIFFICULTÉS

Difficultés

- L'extrême fragilité des associations d'éducation pour la santé, due à l'absence de financements pérennes.
- La méconnaissance du champ et des apports de l'éducation pour la santé par les décideurs politiques.
- La difficulté des professionnels de l'éducation pour la santé à inscrire leurs actions dans des approches exclusivement thématiques.

Atouts/leviers

- Le niveau de qualification de plus en plus élevé des professionnels (et, par suite, l'amélioration de la qualité des actions).
- Les compétences méthodologiques mobilisables chez ces professionnels.
- La capacité des acteurs à s'engager dans des démarches qualité (préluces à une certification ?).
- L'existence des pôles régionaux de compétence en éducation pour la santé, soutenus par l'INPES, et l'accent mis dans ces pôles sur les missions transversales des professionnels de l'éducation pour la santé (documentation, formation initiale et continue, évaluation, outils pédagogiques, communication...).

ÉLÉMENTS DE BIBLIOGRAPHIE

- Nutbeam D. *Health Promotion Glossary*. Geneva : World Health Organization, 1998 : 36 p. En ligne : http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf
- Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, secrétariat d'État à la Santé et aux Handicapés, Plan national d'éducation pour la santé, janvier 2001 : 23 p.
- Lamour P., Brixi O. La place de l'éducation pour la santé en prévention. In : Bourdillon F. (dir.). *Traité de prévention*, Paris, Flammarion Médecine-Sciences, 2009 : 73-80.

- Ferron C. Le réseau des comités d'éducation pour la santé. In : Bourdillon F. (dir.). *Traité de prévention*, Paris, Flammarion Médecine-Sciences, 2009 : 342-6.

EXEMPLE D'ACTION

Fiche n°9 : Théâtre « Amour à mort » sur la prévention du sida en milieu pénitentiaire - Codes II - Aude

Résumé de l'action

Thème

Toxicomanie, sida

Objectifs

Partager ses représentations des risques liés à la toxicomanie et au sida
 Informer sur les modes de transmission du sida
 Faire réfléchir sur les messages de prévention

Public

Détenus de la Maison d'arrêt

Territoire et lieu

Carcassonne

Partenaires

UCSA, Mutualité Française Aude

Année

2003

En lien avec l'action

Des journées d'information thématiques ont lieu tout le long de l'année au sein de la maison d'arrêt : sur l'alcool, le tabac, les hépatites, etc. ainsi qu'un atelier yoga pour faire le vide et se relaxer.

Stratégies

- 2 ateliers santé de 2 heures par mois dont quatre séances de 2 heures « sida, toxicomanies » : travail sur les mots clés associés au sida et à la toxicomanie, échanges en groupe proche du brainstorming : les détenus s'expriment librement autour d'un mot (ex : drogue). Ils choisissent ensuite parmi les mots cités ceux qui leur paraissent le plus important (ex : destruction, médicaments ...) et argumentent leur choix.
- Rédaction d'une pièce de 35 mn par un comédien à partir des échanges entre détenus. Représentations de la pièce par des comédiens professionnels au sein de la maison d'arrêt et auprès de lycéens.

Des objectifs à court, moyen et long terme

L'éducation pour la santé peut être un complément au travail social et psychologique réalisé auprès des détenus.

Les objectifs sont différents si l'on se projette à court, moyen ou long terme.

Favoriser les liens entre détenus (court terme)

Corriger les idées fausses notamment sur les modes de transmission du sida rassure les détenus ; ils apprennent qu'ils ne risquent rien s'ils serrent la main d'une personne séropositive. L'information de base est déterminante pour limiter les peurs et engendrer un climat relationnel moins stressant.

Participer à la réinsertion des détenus (moyen terme)

La santé est une ressource supplémentaire sur laquelle on peut s'appuyer pour préparer la sortie des détenus. Réfléchir avec les détenus sur leurs comportements avant la prison, sur les facteurs de risques qui étaient présents dans leur vie quotidienne permet de les préparer à la sortie. L'important étant de leur permettre d'acquiescer des repères positifs avant qu'ils ne sortent.

Restaurer l'image de soi (long terme)

Partir de leur parole, de leur vécu montre que l'on s'intéresse à eux. Cela permet d'accroître leur estime d'eux-mêmes très fragile et suscite de la reconnaissance. Les détenus sont responsabilisés par le travail sur des messages de prévention qu'ils produisent ; messages qui sont la base de l'écriture de la pièce de théâtre par le comédien professionnel.

Les enseignements tirés de cette expérience

Il est prévu de créer un atelier théâtre où les détenus deviendront eux-mêmes acteurs dans la pièce « Amour à mort ».

Outils

La pièce écrite et jouée par des comédiens professionnels porte sur la toxicomanie et le sida. Elle tourne régulièrement. Le Codes II est le relais pour programmer cette pièce auprès de lycéens ou d'autres publics ; il se charge d'animer un débat après chaque représentation, avec la Mutualité Française de l'Aude et le médecin de l'UCSA.

Pour en savoir plus sur la santé en milieu pénitentiaire

- GUIBOURGÉ Florence [et al.]. - Promotion de la santé et milieu pénitentiaire. – Vanves : CFES, 1997.
- CRES Picardie. - Santé en milieu pénitentiaire. Forum régional d'échanges et de réflexions. Démarches et outils pédagogiques en éducation pour la santé en milieu pénitentiaire. – Amiens : CRES Picardie, 2002.

Contact

Codes II : Annick Ducros : 04.68.11.69.77 ; caes-II@wanadoo.fr

FICHE 20

Pôles régionaux de compétence en éducation pour la santé

CATHERINE GERHART
et collaborateurs¹

Le pôle régional de compétence constitue une plate-forme de services destinée à fédérer les ressources et les compétences en éducation pour la santé (EPS) de la région afin de les mettre à disposition de tous les acteurs (institutionnels, professionnels, bénévoles associatifs, etc.) et venir en appui de leurs actions en éducation pour la santé ou en promotion de la santé. Il a pour mission de développer des fonctions support à caractère transversal telles que le conseil méthodologique, l'ingénierie de projet, les formations, l'appui documentaire, l'évaluation. Il doit à terme servir de lieu ressource pour des porteurs de projets, de carrefour d'échanges (inter-institutionnels ou inter-réseaux) de l'information, des pratiques et de l'expertise. Le pôle a également un rôle à jouer en matière d'animation et de coordination (offres de service, système d'information, etc.).

Ces pôles de compétence ont été mis en place dans le cadre d'un appel à projets lancé par l'INPES en 2004 pour soutenir la mise en œuvre des schémas régionaux d'éducation pour la santé (Sreps)². Leur objectif est d'améliorer la qualité des actions en éducation pour la santé dans chaque région et d'assurer une meilleure articulation entre les niveaux d'intervention nationaux et régionaux.

L'INPES a jusqu'ici consacré plus de 20 millions d'euros au soutien de ces pôles, dont 7 millions pour l'année 2008. Par ailleurs, l'INPES anime depuis

1. Manuela Verdol, Annick Fayard, Emmanuelle Hamel, René Demeulemeester (INPES).

2. Circulaire du 22/10/2001, DGS n° 2001/504 relative à l'élaboration des schémas régionaux d'éducation pour la santé.

plusieurs années des réunions nationales et régionales permettant l'échange de pratiques entre pôles de compétence.

Ainsi, 26 pôles offrent tous les services prévus dans le cahier des charges de l'appel à projets :

- 13 pôles sont portés de manière fédérative par le réseau Cres-Codes, associés à divers partenaires (Anpaa, associations thématiques, Crij, Ligue contre le cancer, Mutualité française, ORS, MSA, etc.).
- 13 sont portés par le réseau des comités d'éducation pour la santé (Cres-Codes).

ENJEUX

Le premier enjeu est celui de l'amélioration de la qualité des actions : les pôles régionaux de compétence en éducation pour la santé et en promotion de la santé constituent un maillon essentiel dans l'accompagnement de la mise en œuvre d'une politique régionale de santé, en assurant le soutien du développement des compétences des acteurs du champ de l'EPS/PS.

Le second enjeu est le maintien, dans la nouvelle structuration de la politique régionale autour des ARS, de cette *fonction support transversale par une organisation bien identifiée*.

L'évaluation réalisée en 2008³ montre que, malgré une implantation et une structuration assez différenciées d'une région à une autre, les pôles de compétence ont contribué à l'amélioration de la qualité des programmes et des actions en éducation pour la santé, ainsi qu'à la professionnalisation des acteurs. Ils ont joué un rôle important dans le développement d'une culture commune, voire de projets communs entre structures d'une même région, et introduit plus de complémentarité dans les interventions. Aujourd'hui, les pôles sont perçus comme des lieux de partage et d'échange indispensables au sein des régions.

Fort de ce constat, il convient désormais d'envisager les pôles comme des acteurs nécessaires et incontournables pour le développement de la structuration de l'éducation pour la santé et de la promotion de la santé sur le territoire régional.

DIAGNOSTIC – CONSTAT

Toutes les régions ont à ce jour un pôle de compétence en éducation pour la santé. Leur déploiement ne s'est pas réalisé de manière linéaire et homogène sur l'ensemble du territoire national. Les situations de départ étaient contrastées et l'INPES a souhaité donner un cadre suffisamment large pour laisser aux acteurs de chaque région toute latitude pour se structurer selon leurs possibilités. Pour autant, les pôles ont tous développé des activités de formation, de conseil méthodologique et d'appui documentaire. Certains ont aussi développé des activités d'analyse d'outils d'intervention en éducation pour la santé et de communication, dans le but de rendre le pôle plus lisible et donc plus accessible.

3. Évaluation du dispositif des pôles de compétence en éducation pour la santé, INPES/Ernst et Young, février 2009.

Bien qu'il ait souvent été confronté à des difficultés de mise en œuvre, le pôle a permis de développer et structurer l'éducation pour la santé dans les régions. Il a largement contribué à initier la diffusion d'une culture commune de la qualité, favorisant ainsi l'amélioration de la qualité des programmes et des actions d'éducation pour la santé mis en place localement. Le pôle a fortement participé à la professionnalisation des acteurs porteurs de projets, tout en permettant de mieux les identifier.

Toutefois, l'évaluation a aussi montré que le dispositif n'était pas encore suffisamment connu, notamment des acteurs de proximité vers qui il est tourné en priorité. Ce manque de visibilité peut trouver son origine dans la constitution même des pôles, construits sur des compétences et des actions à partir de l'existant local, et non pas sur une structure avec une identité juridique spécifique.

L'évaluation des pôles réalisée en 2008-2009 a mis en évidence plusieurs leviers *pour faciliter l'implantation et le déploiement des pôles de compétence* :

- L'expérience et l'expertise acquises par les professionnels, le niveau croissant de qualification des recrutements dans les structures porteuses de projets (DESS/master).
- La reconnaissance des compétences et un soutien fort de la part des institutions en charge des politiques régionales de santé (Drass, Urcam, GRSP, collectivités territoriales).
- L'existence de partenariats opérationnels réels (contractualisés) et d'un travail de réseau permettant la mutualisation.

OBJECTIFS DES PÔLES

Objectif général du dispositif des pôles de compétence

Favoriser un développement cohérent et optimal de l'éducation pour la santé sur l'ensemble du territoire.

Objectifs spécifiques

- Améliorer la qualité des actions mises en place localement ;
- Améliorer la professionnalisation des acteurs ;
- Améliorer l'articulation et la complémentarité des politiques et des interventions ;
- Mieux couvrir les territoires et les populations.

Objectifs opérationnels

- Accroître les compétences et professionnaliser les acteurs (formations, référentiels, évaluations) ;
- Structurer l'offre d'éducation pour la santé (en lien avec les GRSP) : partager les informations et harmoniser les pratiques, améliorer la connaissance des besoins et la place de l'utilisateur ;
- Faciliter le transfert d'actions et l'innovation ;

- Optimiser et mutualiser les ressources ;
- Animer la concertation entre les acteurs d'éducation pour la santé en région.

THÈMES D' ACTIONS (PRIORITÉS PROPOSÉES)

Le périmètre thématique du pôle de compétence concerne la *promotion de la santé et l'éducation à la santé*.

Les missions développées par les pôles en lien avec les fonctions support sont :

- Analyse des besoins des acteurs de la région.
- S'agissant de la formation : organisation de formations initiales et continues, ingénierie de formation, formation et sensibilisation des élus, formation aux démarches et outils d'amélioration de la qualité des interventions et de leur évaluation, etc.
- S'agissant de la méthodologie de projets : soutien méthodologique aux acteurs à la demande des institutions ou des acteurs eux-mêmes dans le cadre d'appels à projets régionaux ou autre, soutien à l'évaluation des programmes et des actions, aide à la mise en place d'ateliers santé-ville (ASV), etc.
- S'agissant des outils d'intervention en éducation pour la santé : analyse d'outils utilisés dans les actions.
- S'agissant de l'appui documentaire : constitution de bases de données communes aux acteurs, évaluation de l'activité documentaire, élaboration d'outils de gestion communs, coordination des centres documentaires de la région, appui documentaire en lien avec le conseil en méthodologie de projets, etc.

Toutes ces activités doivent s'appuyer sur les compétences des acteurs des pôles, renforcées par des formations continues dans les différents domaines.

OUTILS (CADRE PROPOSÉ : ORGANISATION INPES/ARS/PÔLE)

Un *cahier des charges* servirait de support pour la contractualisation de l'ARS avec le pôle et pour la contractualisation directe de l'INPES avec chacun des pôles (ce qui est le cas actuellement par le biais de la convention annuelle de subvention, dans le cadre de l'appel à projets).

Le cahier des charges comprendrait les contenus de missions répondant à des critères et des modalités d'organisation, ainsi qu'un dispositif de suivi des actions constituant un socle commun d'informations permettant de juger de l'effectivité et de l'état d'avancement des actions.

Modalités

- Une convention pluriannuelle entre agence régionale de santé et Institut national de prévention et d'éducation pour la santé comporterait :
 - Les engagements réciproques de l'ARS et de l'INPES communs à l'ensemble des agences ;

- Les modalités de relations entre l'INPES et l'ARS d'une part, et l'INPES et le pôle de compétence régional en promotion de la santé et éducation pour la santé d'autre part ;
- Le cas échéant, les modalités d'accompagnement de l'INPES pour une intervention spécifique dans la région.
- Le rôle de l'INPES dans la garantie de la qualité du pôle de compétence régional en promotion de la santé et éducation pour la santé, ainsi que dans l'«agrément» des pôles serait prévu par décret.

Contenu prévisionnel du cahier des charges

- Champ d'intervention des pôles : éducation pour la santé/promotion de la santé ;
- Composition des équipes du pôle ;
- Missions du pôle ;
- Formations obligatoires dans le cadre de la formation continue pour renforcer les compétences des équipes ;
- Modalités de financement ;
- Utilisation de référentiels élaborés et/ou promus par l'INPES...

Suivi du pôle

- Au niveau régional : par une équipe ou une personne dédiée au sein de l'ARS.
- Au niveau national : coordination par l'INPES pour assurer la cohérence et les échanges interrégionaux.

SOURCES DE FINANCEMENT POSSIBLES

- INPES en complément des crédits de l'ARS ;
- Collectivités territoriales ;
- Financements provenant d'autres sources : politique de la ville, fonds européens, etc.

PARTENAIRES (CARTOGRAPHIE DES ACTEURS)

- Collectivités territoriales au niveau régional ;
- Éducation nationale ;
- Observatoires régionaux ;
- Universités ;
- Acteurs du champ de l'éducation à la santé et de la promotion de la santé (Crips, etc.) ;
- Délégation interministérielle à la ville, Agence pour la cohésion sociale ;
- Grands opérateurs nationaux en prévention/promotion de la santé (Mutualité française, Fnes, Anpaa, etc.).

DIFFICULTÉS/OBSTACLES

- Les pôles de compétence sont définis par des fonctions support ou transversales, sans entité juridique actuellement, et ils sont insuffisamment visibles pour l'ensemble du dispositif.
- La structure qui porte le pôle de compétence assume souvent un double rôle :
 - Mise à disposition de fonctions support à caractère transversal (spécifiques de sa mission de pôle comme offreur de service/ressources aux acteurs de proximité),
 - Interventions directes sur le terrain.

La distinction entre ces deux types d'activités n'apparaît aujourd'hui pas clairement, ce qui peut être source de conflits entre associations, notamment dans les demandes de financement déposées dans les appels à projets régionaux, et d'ambiguïté pour les financeurs par manque de visibilité des fonctions respectives.

- Le défaut de visibilité du pôle de compétence peut résider dans son absence d'existence juridique sous la forme d'une entité spécifique. Faut-il se poser la question d'acquérir un statut juridique pour les pôles ? Dans ce cas, le pôle pourrait être une structure associative dédiée à la fonction support en promotion et éducation pour la santé, au risque toutefois de perdre les aspects liés à la mutualisation et à la capitalisation des compétences entre différents acteurs du champ. Une alternative résiderait dans une autre forme juridique à trouver qui permettrait de conserver la répartition des fonctions et compétences dans une diversité de structures, tout en identifiant bien la structure animatrice du pôle.

CRITÈRES ET INDICATEURS DE SUIVI ET D'ÉVALUATION

- Indicateurs d'activité ;
- Indicateurs de qualité des interventions du pôle (par axes) ;
- Indicateurs de qualité des actions pour lesquelles le pôle est intervenu (mesure de satisfaction, réalisation des actions, etc.) ;
- Indicateurs de notoriété, d'accessibilité et d'utilisation.

Les indicateurs pourront être définis de façon plus précise dans le cahier des charges à élaborer.

SOURCES/RÉFÉRENCES, EXEMPLES D'ACTIONS

Deux types de structurations peuvent être comparés aux pôles régionaux de compétence en éducation pour la santé, qui pourront s'inspirer de leur fonctionnement et/ou structuration :

Les centres locaux de promotion de la santé (CLPS) en Belgique

Les CLPS sont des associations sans but lucratif, agréées et soutenues financièrement par la Communauté française (Wallonie-Bruxelles). Ils dépendent

du ministre chargé de la Promotion de la santé en Communauté française (Wallonie-Bruxelles). Ils regroupent différents partenaires (ville, université, associations, etc.).

Les CLPS ont dans leur mission uniquement des fonctions support : accompagnement des acteurs, porteurs de projets, dans leur démarche de promotion de la santé. Ils n'agissent donc pas directement auprès de la population. Ils sont complémentaires des associations présentes sur le terrain.

Les CLPS sont encadrés par un texte réglementaire qui fixe leurs missions, la formation des intervenants, les horaires d'ouverture, l'organisation des locaux.

Les réseaux régionaux de cancérologie (RRC)

Les RRC s'inscrivent dans une logique de coordination des opérateurs de santé à l'échelle régionale et d'amélioration continue des pratiques en cancérologie. Les acteurs doivent s'appuyer sur ces structures qui assurent des missions de :

- Coordination des acteurs ;
- Coordination des référentiels régionaux de cancérologie ;
- Promotion des outils de communication ;
- Information des professionnels de santé, des patients et de leurs proches – aide à la formation continue ;
- Évaluation des pratiques ;
- Recueil de données régionales de cancérologie.

Ils font l'objet d'une circulaire qui définit, aux niveaux régional ou national selon le cas, leurs organisation, missions et objectifs, structuration, modalités de labellisation, évaluation et modalités de coordination.

Ils sont financés en région par les missions régionales de santé (Urcam/ ARH) dans le cadre du Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins, qui finance les réseaux de santé (Fiqcs). Ils font l'objet d'une procédure de reconnaissance, liée notamment à l'atteinte des objectifs fixés conventionnellement, sous la responsabilité de l'Institut national du cancer (INCa).

CONCLUSION

Dans la nouvelle organisation des ARS, les pôles de compétence en éducation pour la santé doivent continuer leurs missions d'appui en s'adaptant par un dispositif conventionnel à la nouvelle gouvernance régionale.

FICHE 21

Méthodes et outils

FRANÇOIS BAUDIER
FRANÇOISE SCHAETZEL
VÉRONIQUE MALLET

Un préalable est à souligner lorsque l'on évoque le pôle Méthodes et outils. En effet, plusieurs rapports récents (Société française de santé publique et Haut Conseil de la santé publique) ont insisté sur la nécessité d'établir la majeure partie des activités de prévention dans une posture stabilisée et de les sortir d'une éternelle situation de précarité, d'expérimentation et d'appel à projets. La prévention est l'une des priorités de la politique que souhaite porter le ministère. Des organisations et des financements qui témoignent de cette volonté doivent donc se mettre en place. Bien évidemment, cela ne veut pas dire que « la méthode » et « la qualité » n'ont pas leur importance, mais il faut insister sur un point : *comme les soins, la prévention devra de plus en plus s'inscrire dans une organisation durable permettant la continuité de ses activités*. Les enjeux concernant la mise en place de ce pôle et sa structuration sont donc essentiels pour une vraie reconnaissance de la prévention et de ses acteurs.

REMARQUES INTRODUCTIVES

Une nécessité

Dans le champ de la promotion de la santé et de la prévention, il est souvent reproché aux porteurs de projets (mais aussi aux institutions qui les financent) de manquer de méthode, de ne pas s'appuyer sur des référentiels, d'effectuer (ou de faire effectuer) des évaluations qui relèvent en réalité de simples bilans d'activité... Il y aurait donc un vrai besoin dans ce domaine, en rapport avec ce futur pôle.

La réalité actuelle

Aujourd'hui, est-on capable d'identifier des lieux ou des organisations en région où cette fonction est exercée ? Malgré l'existence des schémas régionaux d'éducation pour la santé (Sreps), c'est rarement le cas au sein d'institutions relevant des services de l'État, de l'Assurance maladie ou des collectivités territoriales. En revanche, il y a des organisations qui participent actuellement à cette mission de conseil ou de service : les pôles de compétence régionaux coordonnés par les comités d'éducation pour la santé, certaines équipes au sein des Drass, Ddass, Urcam, caisses d'assurance maladie, etc., qui font du conseil aux promoteurs de projets (au moment de l'élaboration, durant le suivi, pour l'évaluation...), certains ORS sur la partie « diagnostic », mais aussi « recherche documentaire » et « évaluation »... Au total, peu de choses sont réellement organisées, rarement systématisées. De plus, les dispositifs d'appel à projets, omniprésents actuellement dans le domaine de la prévention, rendent difficile ce type d'exercice. En effet, aller trop loin dans le conseil aux promoteurs (de la part des institutions) présente le risque de « faire à leur place » et d'être ensuite dans la position de donner un avis sur un dossier que l'on a, pour partie, rédigé. De plus, faire jouer à certaines associations (comme les comités d'éducation pour la santé ou les ORS) un rôle de conseil méthodologique peut les placer dans une position délicate s'ils se trouvent ensuite en concurrence avec les mêmes organismes pour des financements.

Spécificité ou transversalité ?

Dans la future ARS, faut-il concevoir le pôle Méthodes et outils comme spécifique au département Santé publique, ou faut-il d'abord le concevoir comme une fonction transversale à l'ensemble de la future agence² ? Plusieurs configurations peuvent être envisagées :

- Un pôle intégré au département Santé publique, chargé de l'appui et du soutien méthodologique en direction des agents du département, mais également des partenaires extérieurs mobilisés dans les programmes et actions de santé. Le pôle assure la coordination avec les autres départements de l'ARS.
- Un pôle transversal, rattaché à la direction de l'ARS, assurant les capacités en méthodes et outils nécessaires à tous les secteurs d'intervention de l'ARS et responsable de la coordination des différents départements.
- Considérer que certaines fonctions (ingénierie, promotion de référentiels, évaluation, etc.) doivent être traitées prioritairement dans le département Santé publique parce que présentant des spécificités liées aux problématiques traitées dans le département ou aux partenaires/opérateurs extérieurs.

1. Si ce n'est la création des Mriice (mission régionale et interdépartementale inspection, contrôle et évaluation) il y a quelques années. Ces entités ont indéniablement développé et amélioré l'exercice d'inspection. Elles sont également chargées de développer l'évaluation, mais se sont très peu impliquées dans cette fonction, manquant de compétences en la matière. Par ailleurs, est-il indiqué que la même cellule puisse être chargée des deux fonctions, les postures, types de questions, critères de jugement n'étant pas les mêmes ?

2. Cette question est illustrée par le fait que, à l'heure actuelle, au moins quatre groupes travaillent, dans le cadre du secrétariat général, sur des questions de méthode : deux groupes « ICE » (inspection, contrôle, évaluation), un groupe « Planification », un groupe « Observation ».

LE CHAMP COUVERT

Il est varié. Nous en présentons ici une version large.

La planification et la programmation

Elle pourrait relever de ce département et de ce pôle pour des thèmes où la dimension santé publique, promotion de la santé et prévention est importante.

L'observation, la recherche documentaire et la phase de diagnostic

Ce sont des étapes cruciales pour lesquelles, d'une part, aujourd'hui les services offerts sont diffus et peu organisés; d'autre part, les personnes en charge de la mise en place des projets ou de la conduite des activités ne s'y investissent pas systématiquement.

Ingénierie et conduite de projet

C'est certainement une dimension centrale, puisque beaucoup d'actions de prévention relèvent de cette démarche et que peu de structures disposent du savoir-faire nécessaire en termes de conseil méthodologique et d'accompagnement de projet.

Gestion de la commande publique

Elle comprend différentes tâches, souvent considérées avec condescendance comme des tâches « administratives », mais qui constituent des éléments facilitateurs de la mise en œuvre des actions : contractualisation, élaboration de cahiers des charges et de conventions, gestion financière, gestion du suivi des programmes et actions, etc.

Les référentiels et les outils

Il s'agit de référentiels tant internes au pôle (par exemple, les bonnes pratiques en évaluation) qu'externes (référentiels en éducation pour la santé, interventions en milieu scolaire, outils pour les professionnels de santé, etc.).

Deux composantes sont à différencier :

1. Les référentiels francophones sont aujourd'hui relativement peu nombreux dans ce champ. Il serait donc important que la HAS et l'INPES, ou d'autres sociétés d'experts³, puissent avoir un programme de travail dans ce sens.
2. La question de la diffusion et de l'appropriation de ces référentiels et des outils qui les accompagnent : il ne suffit pas qu'ils existent, il faut ensuite les

3. La Société française d'évaluation, par exemple, qui a élaboré une charte concernant les bonnes pratiques d'évaluation.

promouvoir et les faire intégrer dans la pratique. Or cela ne sera réalisable que si la méthode d'élaboration des référentiels et des outils le permet, et notamment :

- Si elle associe des représentants des acteurs censés se les approprier ;
- Si elle s'appuie sur une définition suffisamment large de l'expertise (cf. projet « *Getting evidence into practice* » de l'UIPES).

Le pôle Méthodes et outils pourrait avoir une mission prioritaire sur ce deuxième point, mais aussi participer, en lien avec les structures nationales (HAS/INPES), à l'élaboration de certaines recommandations et outils.

La recherche et le travail avec les équipes universitaires

Ces missions doivent être abordées lorsque l'on évoque ce pôle. En effet, la situation actuelle est paradoxale avec, d'un côté, des dispositifs de soutien à la prévention basés essentiellement sur un mode expérimental et, de l'autre, une recherche en santé publique et en prévention peu développée. Cela se traduit par une très faible capitalisation des expériences menées, la difficulté d'élaborer des référentiels se basant sur des travaux français et une course sans fin (et souvent peu productive) vers la multiplication de programmes ou d'actions-pilotes dont malheureusement on tire peu de chose. La publication selon des normes de rédaction scientifique, encore exceptionnelle dans ce secteur de la prévention et de la promotion de la santé, doit également être soutenue et encouragée.

Par ailleurs, à la différence d'autres pays (comme le Québec), il n'y a pas une « perméabilité » suffisante entre le monde universitaire, celui de la recherche et les acteurs de la prévention, qu'ils soient institutionnels ou associatifs. Au Québec, dans des équipes équivalant à celles des futures ARS, il y a des agents de recherche et des professionnels occupant à la fois des fonctions de responsabilité sur le plan « universitaire/recherche », mais aussi en « planification/programmation, suivi et évaluation » en matière de santé publique et de prévention.

Il est donc indispensable que, au sein des futures ARS, cette composante soit prise en compte. Elle concerne au premier chef le pôle Méthodes et outils.

L'évaluation, la démarche qualité et la certification⁴

Ce sont trois points clefs. Jusque dans un passé récent, il n'était traité que de l'évaluation (peu de la qualité et de la certification) lorsque l'on parlait de prévention. Cela résultait (et résulte encore trop souvent) des dispositifs de financement basés sur le processus suivant : appel à projets, accord de soutien sur une période courte (le plus souvent un an, parfois deux à trois ans), mise en œuvre de l'action et obligation de fournir un rapport d'évaluation (basé fréquemment sur une exigence de résultats, et pas seulement de mise en œuvre de moyens).

4. Un groupe informel s'est saisi de la question de « la fonction de l'évaluation au sein de l'ARS » et a produit un texte qui devrait être transmis aux groupes ICE, planification. Cette fiche lui a été adressée.

Il est important que, dans la future ARS, on puisse sortir de ce schéma qui conduit à d'inévitables frustrations : les promoteurs sont démotivés par la production d'évaluations prétextes, les institutionnels, lorsqu'ils trouvent le temps de se pencher sur les rapports d'évaluation fournis, sont insatisfaits car ces rapports correspondent rarement à leurs attentes. Le futur pôle Méthodes et outils aura donc la lourde tâche de s'investir sur cette question en :

- Délimitant bien ce qui relève d'une démarche d'évaluation, au sens habituel du terme (en particulier pour tout ce qui est en rapport avec une approche expérimentale, recherche-action, innovation), et d'un processus qualité avec éventuellement à la clef une certification ;
- Clarifiant les différents niveaux d'évaluation (évaluation de politique, de programmes, d'actions) et le degré d'implication : commanditaire, pilote d'évaluation, producteur de travaux d'évaluation ;
- Faisant œuvre de pédagogie sur une question qui est problématique en France depuis plusieurs décennies ;
- S'appuyant le cas échéant sur les avancées réalisées dans ce domaine dans le cadre des pôles régionaux de compétence ;
- Facilitant l'introduction de méthodes permettant une meilleure prise en compte de l'intersectorialité : évaluation des risques sanitaires (utilisée en santé environnementale), évaluation de l'impact sur la santé des politiques publiques (EIS) telle que promue par l'OMS et l'Union européenne⁵.

La démocratie sanitaire

Elle est affichée comme un enjeu majeur de la future loi. En promotion de la santé et en prévention, c'est une dimension fondamentale (charte d'Ottawa), sur le plan des valeurs comme sur celui des méthodes et de l'efficacité des interventions. Sur cette composante « Méthodes et outils », la santé publique, la santé communautaire et la prévention apportent des réponses structurées et sont en capacité de fournir des outils validés. Le pôle Méthodes et outils devra donc les promouvoir pour le bon fonctionnement, non seulement de la conférence régionale de santé, mais aussi des conférences de territoire renouvelées, s'appuyant sur des dynamiques de proximité structurées. La construction des diagnostics et les modes de participation des populations aux actions en seront une composante importante.

Par ailleurs, il est nécessaire de rappeler que la « démocratie sanitaire » n'est pas un domaine autonome. Il faut s'en préoccuper dans tous les autres champs et se poser la question de la place qui sera faite aux citoyens, aux usagers, aux patients dans l'ingénierie et la conduite de projet, dans la construction des référentiels, dans les démarches qualité.

5. Il s'agit d'une évaluation *ex ante* d'impacts potentiels sur la santé de politiques ne s'inscrivant pas dans le champ de la santé : urbanisme, logement, aménagement du territoire, lutte contre la pauvreté, etc.

La communication

C'est un vaste domaine. Il serait difficile d'imaginer qu'il soit rattaché uniquement à ce département et à ce pôle (ce n'est d'ailleurs peut-être pas souhaitable pour ne pas réduire la prévention à des campagnes de communication). En revanche, des méthodes et des outils de communication sont utilisés en prévention. On peut penser à tous les supports produits par l'INPES ou d'autres instances. Leur utilisation nécessite à la fois une valorisation et un accompagnement. Par exemple, depuis maintenant plusieurs années, l'Assurance maladie promeut des démarches et des outils à travers ses délégués ou ses praticiens conseils. Leur rôle est de valoriser auprès des professionnels de santé, sur ces questions de pratiques cliniques préventives, les recommandations et référentiels de la HAS ou du HCSP sur le dépistage des cancers, la vaccination, la iatrogénie médicamenteuse... Par ailleurs, il est souvent envisagé, en prévention, d'élaborer des outils de communication adaptés à une région ou à une action. Ce pôle pourrait y contribuer.

La formation

La mise en œuvre des méthodes et outils nécessite de s'intéresser à la *formation continue* des personnes en charge des plans, programmes ou actions de promotion de la santé et de prévention, même si ce n'est pas la mission principale de ce pôle.

Les activités de ce pôle, dans le cadre du développement de la recherche, ainsi que ses liens avec les laboratoires universitaires, peuvent également le conduire à s'impliquer dans le champ de la *formation initiale* des futurs professionnels.

L'interne et l'externe

Au début de cette fiche était évoquée la notion de transversalité de la fonction « Méthodes et outils », au sein de l'ARS. Une autre question est à traiter, celle des fonctions qui seront internalisées au sein de l'agence et de celles qui relèveront de partenaires ou de prestataires extérieurs. Cette problématique se pose, par exemple, par rapport aux Cres-Codes, aux ORS, aux équipes de recherche ou universitaires... Que garde-t-on au sein de l'ARS ? Que faut-il externaliser ? Quel type d'accord avoir avec des prestataires extérieurs sur ces questions ?

FICHE 22

Évaluation et pôle de santé publique

FRANÇOISE SCHAETZEL

CLAUDE MICHAUD

PIERRE LOMBRIL

PRÉAMBULE

En matière d'évaluation, deux grands cadres de raisonnement sont possibles : l'évaluation normative, qui présuppose l'existence de référentiels (on a connaissance de la meilleure façon de procéder, l'évaluation étant alors une analyse des écarts entre ce qui est fait et ce qui devrait être fait), et la recherche évaluative (questionnant la pertinence des objectifs choisis, interrogeant les processus mis en œuvre dans leurs capacités à répondre aux objectifs ou se demandant si les résultats observés sont bien dus à ce qui a été fait). Si le premier type d'évaluation est le plus couramment utilisé, y compris dans le système de soins, la recherche évaluative mériterait d'être développée, notamment en santé publique, domaine dans lequel les référentiels sont encore incomplets. Ce dernier type d'évaluation fait souvent appel à des méthodologies plus lourdes, quantitatives et qualitatives, et nécessite de mobiliser expertise extérieure et équipes de recherche¹.

Selon l'objet à évaluer et les objectifs d'évaluation choisis, l'ARS aura à mobiliser ces deux types de cadre d'évaluation.

1. Deux ouvrages de référence sont parus en 2009 aux Presses de l'université de Montréal : Brousselle A. *et al.* *Évaluation : concepts et méthodes*, et Ridde V. et Dagenais C. *Approches et pratiques en évaluation de programme*.

L'ÉVALUATION DANS L'ARS²

L'évaluation, fonction permettant de « *se former un jugement sur une politique, un programme, une action* », peut constituer un levier fort de régulation à la disposition du directeur de l'ARS. Cette fonction intéresse l'ensemble des secteurs d'intervention de l'ARS (santé publique et prévention, soins, médico-social) et devrait être organisée de façon transversale au sein de l'ARS.

Afin de disposer d'évaluations utiles et utilisées, des recommandations peuvent être faites. Elles s'appliquent aussi bien à l'évaluation de la politique de santé menée par l'ARS et au plan régional de santé qu'à l'évaluation de chacun des volets sectoriels : programmes de santé publique, schéma de prévention, schéma médico-social, Sros.

- Introduire, dans les décrets d'application de la loi HPST, une obligation d'évaluation des composants considérés comme prioritaires de la politique de santé : plan régional de santé, les différents schémas, les programmes et les dispositifs (accès aux soins, réseaux, etc.) jugés les plus structurants. Cela implique d'abandonner l'idée de vouloir tout évaluer, de faire des choix sur les interventions prioritaires à évaluer ; bref, de formaliser une politique d'évaluation.

- Introduire l'évaluation comme l'un des éléments de la prise de décision : face à l'injonction d'évaluer, trop d'évaluations restent des évaluations prétextes, non utilisées et générant des frustrations. Mieux vaut évaluer moins, mais utiliser les résultats des évaluations effectuées comme instruments d'objectivation, de négociation, d'enrichissement des interventions à venir.

- Identifier une fonction d'évaluation au sein de l'ARS et la relier principalement aux fonctions d'observation et de planification. Parallèlement à cette évaluation, une surveillance permanente et générale de l'état de santé est indispensable en région, de même qu'un suivi des actions mises en place.

- Par contre, une distinction avec la fonction inspection-contrôle devrait être faite, les méthodes, les référentiels, la posture étant différents.

- Élaborer un cadre de référence méthodologique et s'assurer de la qualité des évaluations conformément aux critères adoptés au niveau international³.

- Garantir des ressources en évaluation tant humaines que financières. Des financements doivent être dévolus dans le budget de l'ARS afin de pouvoir faire appel à des évaluations externes⁴. Les compétences en évaluation doivent également exister au sein de l'ARS, permettant d'élaborer des commandes, de piloter des évaluations, voire de mener les travaux d'évaluation.

- Clarifier le rôle et le degré d'implication de chacun : l'ARS, commanditaire des évaluations, doit lancer le processus et définir les objectifs évaluatifs. Mais les différents partenaires et acteurs de la politique régionale, et notamment le

2. Un groupe de travail s'est constitué spontanément et un document est en cours d'élaboration sur « La fonction d'évaluation dans l'ARS » : Carbonnel L. (Drass Paca), Jabot F. (EHESP), Paul S. (Igas).

3. La Société française d'évaluation a élaboré une charte énonçant les principes garants de l'éthique et de la qualité de l'évaluation.

4. Les organismes internationaux considèrent que 10 % des budgets d'intervention sont à consacrer à leur évaluation (il s'agit, bien sûr, d'un coût complet, intégrant donc les frais de personnel interne, les prestations spécifiques, le temps passé à l'autoévaluation par les opérateurs, etc.).

conseil de surveillance et la conférence régionale de santé et de l'autonomie, doivent y être associés pour garantir des évaluations distanciées et impartiales. En effet, à l'heure de transformations du système de soins et de santé qui s'annoncent profondes, l'un des enjeux est celui de la mise en débat public des évaluations et des orientations qui peuvent en découler.

■ Définir ce qui doit être confié à l'ARS et ce qui doit être confié à un prestataire externe.

L'ÉVALUATION DANS LE PÔLE DE SANTÉ PUBLIQUE

Tout en participant du même cadre méthodologique et des mêmes principes, l'évaluation des interventions faites dans le cadre du pôle de santé publique présente quelques traits caractéristiques.

Quelques spécificités

Des niveaux différents d'évaluation

L'intervention en santé publique se caractérise par des interventions de périmètres différents selon que l'on parle de la politique régionale menée en matière de promotion et d'éducation pour la santé, de programmes ou d'actions plus ciblés, de typologies variées (formation, éducation pour la santé, etc.).

Il s'agit de distinguer ces différents niveaux, qui n'impliquent pas les mêmes questions évaluatives, les mêmes critères de jugement et d'indicateurs qui en découlent, le même processus évaluatif.

■ L'évaluation de la *politique* menée par l'ARS en matière de santé publique (prévention et promotion de la santé) : elle est dotée d'objectifs en termes de gains de santé de la population et s'appuie sur un ensemble de programmes, qu'ils soient régionaux ou territoriaux.

■ L'évaluation des *programmes* pilotés par l'agence dans le cadre des priorités régionales ou du dispositif permanent (exemple de la lutte contre la tuberculose), qui sont formés d'une constellation d'actions articulées entre elles, ainsi que l'évaluation du schéma organisationnel de prévention, chargé de structurer les activités et d'organiser les opérateurs.

■ L'évaluation des *actions*, celles-ci étant menées en général par des opérateurs et déployées au plus proche des populations et des territoires. L'évaluation d'éventuelles actions expérimentales constitue un cas spécifique qui sera précisé en *infra*.

Un positionnement de l'ARS et des dispositifs d'évaluation adaptés à chacun des niveaux

En ce qui concerne l'évaluation de la politique et des programmes, l'intervention de regards externes est particulièrement adaptée. Ce type d'évaluation devrait faire appel à des prestataires extérieurs, dans le cadre d'un dispositif (ou d'une instance) d'évaluation présidé de préférence par une personnalité extérieure à l'ARS et associant toutes les parties prenantes.

L'évaluation des actions peut, elle, lorsque les référentiels de qualité existent, être conçue dans une logique d'autoévaluation accompagnée par une expertise extérieure (INPES ou pôle régional de compétence en éducation pour la santé), de la même façon que ce qui est fait dans les structures de soins dans le cadre de la certification.

Distinguer démarche qualité et évaluation des résultats, et, dans tous les cas, assurer le suivi des activités

Les critères de jugement peuvent être différents, ce qui est souvent résumé en disant que l'évaluation peut porter sur les processus mis en place et leur qualité d'un côté, sur les résultats et le degré d'atteinte des objectifs de l'autre⁵. Selon les types d'évaluation précités, l'accent sera mis sur l'un ou l'autre aspect.

Selon l'existence ou non de référentiels, on mobilisera soit l'évaluation normative, soit la recherche évaluative. En recherche évaluative, l'évaluation des résultats peut requérir des méthodes lourdes telles qu'un suivi longitudinal à moyen-long terme, ce qui est difficile en routine. L'évaluation des processus, en évaluation normative, demande l'existence de référentiels qui, grâce à l'INPES, se sont multipliés ces dernières années en ce qui concerne les actions, mais restent incomplets sur les processus de planification, de programmation, de conduite de projets...

L'essentiel est d'apporter une clarification dès le début du processus d'évaluation sur le choix du cadre de raisonnement et sur les critères de jugement choisis.

Dans tous les cas, le suivi des activités mises en œuvre doit être assuré par l'ARS. Il permet une visibilité sur le déroulement effectif des programmes et actions sur le terrain, et apporte des informations pouvant être mobilisées dans le processus d'évaluation⁶.

Rompre avec le principe d'exigence égale d'évaluation envers un promoteur menant une action à 1000 euros et celui menant un programme à 100 000 euros. En promotion de la santé et en prévention, les opérateurs sont multiples et très hétérogènes. Si l'évaluation est consubstantielle de la mise en place d'une action, les exigences de l'ARS, le temps et donc le budget consacré à l'évaluation doivent être proportionnés à l'importance de l'action ou du programme. Un bilan d'activité peut être suffisant selon les cas.

Lorsqu'un programme ou une action a déjà été évalué du point de vue de son efficacité (soit dans un cadre expérimental, soit que leur efficacité soit communément admise), il n'est pas nécessaire d'exiger une évaluation de résultats de la part des promoteurs qui reproduisent ce même programme ou cette action (par symétrie aux soins, on ne demande pas aux médecins de prouver l'efficacité ni des médicaments délivrés, ni de la prise en soin globale). Une évaluation de processus rejoignant la démarche qualité pourrait alors

5. D'autres critères de jugement existent : pertinence, cohérence, efficacité, impact, efficience. Il ne s'agit pas ici de rappeler la démarche méthodologique de l'évaluation, mais de se limiter à ceux les plus souvent mis en avant.

6. La DGS a mis sur pied, en 2007, un système d'information concernant les actions mises en œuvre dans les PRSP (SI-PRSP), qui mériterait d'être pris en compte dans le système d'information de l'ARS.

être demandée au promoteur au moment du dépôt du projet, sous forme de suivi d'un cahier des charges déjà existant (soit rédigé par l'ARS, soit validé par expérimentation).

Se doter d'un calendrier réaliste permettant aux programmes et actions de se déployer, quitte à procéder à des bilans intermédiaires. La temporalité que demandent les interventions de santé publique, ciblant par exemple des changements de comportement, n'est souvent pas compatible avec l'agenda des administrations, demandant l'obtention rapide de résultats. Il est souvent plus utile de procéder à des bilans intermédiaires, « *l'outil de catégorisation des résultats des actions de prévention et de promotion de la santé* » soutenu par l'INPES se révélant particulièrement adapté.

Assurer la diffusion des résultats des évaluations. Cela est essentiel, plus particulièrement en ce qui concerne l'évaluation de la politique menée, pour des raisons de démocratie – l'évaluation permettant un jugement sur l'action publique –, mais également d'efficacité : en santé publique, l'implication des parties prenantes d'une intervention est gage d'appropriation par les acteurs et, partant, de conduite de changement.

Quelques repères pour l'évaluation dans le pôle de santé publique

L'évaluation de la politique régionale de santé publique

Elle devra se faire :

- Dans le cadre de l'évaluation globale de la politique menée par l'agence. Il s'agit de garantir la transversalité en développant une approche intégrant les différents volets (santé publique et prévention, soins, médico-social, etc.), au risque, à défaut, d'entériner les cloisonnements existants.
- En assurant le pluralisme et la transparence de l'exercice : l'ARS doit être commanditaire de cette évaluation, mais les parties prenantes telles que la CRSA, les opérateurs, les élus, les associations doivent y avoir un rôle. Il faut absolument éviter les confusions observées dans le dispositif précédent entre missions données à la CRSA et au GRSP, et proposer un dispositif clarifiant la place des uns et des autres.
- En mettant l'accent sur les processus mis en œuvre, mais également sur les résultats obtenus et le degré d'atteinte des objectifs.

Les critères de cette évaluation doivent être codifiés et cohérents au niveau national⁸, de façon à permettre des comparaisons interrégionales, exigence essentielle pour corriger les disparités constatées sur ce plan.

L'évaluation du schéma de prévention et des plans et programmes de santé publique liés à des priorités doit être systématique

Cette évaluation exige plus de rigueur méthodologique, même si les régions ont fait de nets progrès. Si des guides sont d'ores et déjà en circulation, une

7. Ackermann G. et al. *Guide pour la catégorisation des résultats*, Promotion santé Suisse.

8. La DGS a édité en avril 2008 un guide, *Évaluation régionale des plans régionaux de santé publique – quelques repères pour les acteurs*, qui gagnerait à être connu plus largement. Il est en ligne sur le site Internet du ministère de la Santé et des Sports.

culture de base partagée par tous les acteurs ainsi qu'un cadre méthodologique de référence restent à promouvoir.

L'évaluation doit porter aussi sur la pertinence du programme et sur l'identification du caractère prioritaire du problème de santé qui en est à l'origine dans le contexte régional, afin de pouvoir y mettre un terme si besoin (l'arrêt du programme ne signifie pas l'arrêt des actions, mais leur inscription dans un cadre permanent et général).

L'évaluation des actions, qu'elles relèvent du cadre du dispositif général et permanent de santé publique ou du cadre des priorités, doit s'inscrire dans la même logique que celle du système de soins curatifs

L'évaluation de ce dispositif relève d'abord d'une démarche qualité, et doit adopter progressivement les mêmes méthodes que celles mises en place pour le système de soins curatifs.

Cette évaluation implique l'élaboration, la diffusion de référentiels permettant de caractériser les moyens et l'organisation requis pour les activités de prévention, en prenant en compte différents critères. Tout ou partie de ces moyens et de cette organisation pourraient faire l'objet d'une certification, à l'instar des établissements de santé. Elle doit se faire en articulation forte avec l'INPES. Les pôles régionaux de compétence en éducation pour la santé ont également un rôle à jouer, en termes de diffusion, de facilitation, d'accompagnement des opérateurs. Comme pour les soins curatifs, ce dispositif intègre une évaluation des pratiques professionnelles concernées.

L'évaluation d'actions innovantes

Ce type d'évaluation s'apparente à des travaux de recherche et se conçoit donc sur la base d'un protocole rigoureux. Elle s'envisage au mieux en relation avec l'INPES et les milieux de la recherche, en privilégiant une approche de recherche-action. La question de l'efficacité de l'action, et donc de l'évaluation de ses résultats, est souvent prégnante avant de décider de la généraliser. À cet égard, l'apport de la recherche en évaluation (analyses d'implantation, évaluations «réalistes») est déterminant pour identifier les conditions de la généralisation.

LES PRINCIPAUX FACTEURS DE SUCCÈS

■ Améliorer la culture évaluative de l'ensemble des acteurs et développer les compétences d'évaluation au sein de l'ARS. Des sessions de formation à l'évaluation de projets doivent être une activité régulière des structures de support méthodologique (EHESP, universités, associations ou consultants *ad hoc*, etc.), financées en tant que telles par l'ARS qui doit se doter et doit aider à créer des compétences régionales en évaluation (aide à la décision, grille d'évaluation selon types d'actions, acteurs ou champ d'intervention) en relation avec les pôles régionaux de compétence soutenus par l'INPES et les universités.

- Renforcer un cadre méthodologique commun aux ARS : il revient à l'administration centrale de diffuser repères communs et guides, et de s'assurer de la possibilité d'échanges de pratiques.
- Prévoir des bilans intermédiaires pour les projets, voire, si besoin, des évaluations intermédiaires financées.
- Prévoir et clarifier les rôles de la CRSA et du comité de liaison prévu par la loi HPST dans l'évaluation de la politique de promotion de la santé et de prévention menée par l'ARS.

FICHE 23

Financement de la politique régionale de santé publique

FRANÇOIS LEVENT

CRÉDITS ACTUELLEMENT DÉDIÉS À LA POLITIQUE RÉGIONALE DE SANTÉ PUBLIQUE

Actuellement, les crédits dédiés à la politique régionale de santé publique proviennent (liste non exhaustive) :

- Du groupement régional de santé publique (GRSP), dont le budget, conformément à la réglementation, est alimenté obligatoirement par :
 - l'État, à partir du budget opérationnel de programme (BOP) « prévention et sécurité sanitaire » (PSS) géré par la Drass ;
 - l'Assurance maladie : dotation du Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires qui transite par l'Urcam et provient du régime général (FNPEIS), du régime agricole (FNPEISA), à laquelle s'ajoutent des crédits du régime social des indépendants (RSI).
- D'autres crédits de l'État
 - Versés ou non au GRSP à partir :
 - Du BOP « justice » de l'administration pénitentiaire,
 - Du BOP « sports » de la Jeunesse et des Sports.
 - Inscrits au BOP « drogue et toxicomanie » de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt), dont les crédits sont gérés par les préfetures des départements avec l'appui des Ddass.
 - Venant des Ddass (BOP sociaux).
- D'autres crédits de l'Assurance maladie
 - Issus de l'enveloppe Ondam hospitalière gérée par l'ARH, au titre d'une Mig (mission d'intérêt général) – c'est le cas des permanences d'accès

aux soins de santé (Pass), mais il s'agit de prise en charge plus que de prévention.

- Issus d'une partie du FNPEIS allouée directement à l'Urcam sur des thématiques spécifiques prévues par la convention d'objectifs et de gestion (COG), la « deuxième enveloppe » ;
- Et, pour certaines actions :
 - D'une enveloppe gérée par la mission régionale de santé (MRS) dirigée alternativement par les directeurs de l'ARH et de l'Urcam (soutien des réseaux, par exemple) ;
 - Du Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (Fiqcs) ;
 - Des fonds sociaux des caisses de l'Assurance maladie.
- Des collectivités territoriales, notamment les conseils régionaux (s'inscrivant parfois dans le cadre des CPER — contrats de projets État-région 2007-2013) et les villes, qui les versent ou non au GRSP.
- Des fonds structurels européens.
- De financements directs aux promoteurs d'actions
 - de l'INPES pour les pôles de compétence en d'éducation pour la santé (appel d'offres) ;
 - de l'Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances (Acsé) pour les contrats urbains de cohésion sociale (Cucs) de la politique de la ville ;
 - de la Cram pour des actions destinées aux personnes âgées ;
 - de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) pour l'appel à projets « Bien vieillir » ;
 - des préfetures de département (Délégation aux droits des femmes et à l'égalité, Fonds interministériel pour la prévention de la délinquance) ;
 - des mutuelles ;
 - d'autres financeurs comme la Fondation de France (appel à projets), etc.

À noter que le ministère de l'Éducation nationale dispose de peu de moyens financiers mais qu'il a des personnels.

Outre les dotations évoquées plus haut, qui en constituent l'essentiel, les recettes du GRSP peuvent venir de « sponsors » pour des manifestations, de produits financiers, de l'ARH (*via* les établissements de santé).

Quant aux promoteurs, ils peuvent également disposer de fonds propres.

LES DÉPENSES DU GRSP

Elles servent essentiellement à des versements de subventions, des règlements de factures, l'indemnité de l'agent comptable, parfois à des frais de personnel, des achats, des frais de déplacement, des locations, etc.

La difficulté tient au fait qu'une partie importante des crédits du GRSP est fléchée et même parfois « sanctuarisée », réduisant la part réservée aux projets, d'autant qu'il s'agit alors souvent de frais de personnel.

Il peut s'agir, à titre d'exemples et suivant les régions, des financements :

- Des structures de gestion du dépistage des cancers ;
- Des actions « recentralisées » (loi du 13 août 2004) totalement ou partiellement suivant les départements (vaccinations, IST, tuberculose) ;
- De l'observatoire régional de la santé (ORS) ;
- Des registres des cancers ;
- D'actions liées à la veille sanitaire, la surveillance et l'expertise (Cire, hémovigilance) ;
- Des associations du réseau d'éducation pour la santé (Cres-Codes) ;
- Des « têtes de réseau » (Anpaa, Aides, Planning familial, etc.), plans d'aide à domicile sida, etc. ;
- Sans compter les « particularités locales » : certaines structures d'accueil, d'hébergement, d'insertion sont historiquement financées sur la santé publique et non sur des BOP sociaux, par exemple.

Si tous les crédits dédiés à la santé publique ne transitent pas par le GRSP, celui-ci fait néanmoins souvent office de guichet unique. Le comité des programmes, instance technique présidée par le directeur ou son représentant, réoriente souvent les dossiers jugés intéressants mais non recevables, faute de crédits suffisants ou s'ils ne rentrent pas dans les objectifs précis du PRSP, vers d'autres financeurs : Mildt (addictions), Reap (réseau d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents), ARH (s'il s'agit d'hôpitaux), deuxième enveloppe Urcam, Fondation de France, mutuelles, collectivités, CNSA, etc.

La plupart des GRSP utilisent l'appel à projets, même pour les promoteurs institutionnels, le dépôt des demandes étant effectué *via* le portail interministériel sur Internet « Subvention en ligne ».

Cette procédure, souvent soutenue par les membres du conseil d'administration du GRSP, a l'avantage de susciter des acteurs « de proximité », de diffuser les orientations du PRSP et de financer des initiatives ponctuelles dignes d'intérêt.

Elle a toutefois atteint ses limites, surtout quand elle n'est pas ciblée sur des thématiques ou sur des territoires : dispersion des projets et des financements, évaluation très difficile, non-pérennité, annualité budgétaire, qui s'ajoutent à la lourdeur de l'outil informatique.

Il faut noter l'intérêt, comme certains GRSP le font, d'utiliser des grilles de sélection s'appuyant sur des critères précis et diffusés.

RESSOURCES DE L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ

Pour financer la politique de santé publique, le directeur de l'ARS disposera (article L. 1432-6 du Code de la santé publique introduit par l'article 118 de la loi HPST du 21 juillet 2009) :

- D'une subvention de l'État ;
- Des contributions des régimes de l'Assurance maladie, déterminées par la loi de financement de la Sécurité sociale ;

- De ressources propres (dons et legs) ;
- Sur une base volontaire, des versements des collectivités locales ou d'autres établissements publics.

Le même article 118 a également prévu que « *les moyens financiers, quelle qu'en soit l'origine, attribués à l'agence régionale de santé pour le financement des actions tendant à la promotion de la santé, à l'éducation à la santé, à la prévention des maladies, des handicaps et de la perte d'autonomie ne peuvent être affectés au financement d'activités de soins ou de prises en charge et d'accompagnements médico-sociaux.* » (article L. 1434-6 du CSP).

Par ailleurs, le montant annuel des crédits destinés à la prévention dans l'ARS et provenant des fonds de prévention de l'Assurance maladie (FNPEIS, FNPEISA et RSI) sera fixé par arrêté ministériel. L'agence les attribuera dans les conditions fixées par les conventions d'objectifs et de gestion.

BUDGET DE L'ÉTAT

Conformément à la loi organique relative aux lois de finances (Lof), promulguée le 1^{er} août 2001, applicable au 1^{er} janvier 2006 mais expérimentée dès 2004 pour la santé publique, le budget de l'État est divisé en missions et programmes d'actions prioritaires (PAP) et en actions et sous-actions ;

- Auxquels sont rattachés des budgets opérationnels de programme (BOP) qui peuvent être déclinés au niveau régional et parfois départemental ;
- Dont la mise en œuvre est assurée par des unités opérationnelles (UO) ;
- Qui donnent lieu à des rapports annuels de performance (RAP) en vue d'un contrôle par le Parlement.

S'agissant de la mission santé, il existe un BOP régional « Prévention et sécurité sanitaire » (204), fusion en 2009 du BOP « Santé publique prévention » (ex-204) et du BOP « Veille et sécurité sanitaire » (ex-228), dont l'UO est la Drass.

Chaque année, celle-ci doit produire un rapport de performance basé sur des indicateurs quantitatifs généraux, assez éloignés pour certains d'entre eux des politiques conduites ou sans rapport avec les actions financées, dont l'impact, s'agissant des comportements par exemple, n'est mesurable qu'à moyen ou long terme.

FONDS NATIONAL DE PRÉVENTION, D'ÉDUCATION ET D'INFORMATION SANITAIRES (FNPEIS)

Créé par la loi du 5 janvier 1988 relative à la Sécurité sociale, le FNPEIS est affecté au financement des dépistages, des vaccinations, de programmes nationaux thématiques de promotion et d'éducation pour la santé, de centres d'examen de santé, d'associations nationales.

FICHE 24

Outil d'observation et de suivi cartographique des actions régionales de santé (Oscars)

ZEÏNA MANSOUR

Oscars, outil d'Observation et de suivi cartographique des actions régionales de santé a été conçu en 2005 par le Cres Paca (INPI n° 290827 220507) pour valoriser les actions de dépistage et de prévention du mélanome.

Cette première version permettait de visualiser sur une carte de la région Paca l'ensemble des actions relatives à cette thématique, de repérer les zones non couvertes, d'analyser les évolutions par année, d'interroger la base par type de structures intervenantes et par type d'acteurs. La carte était interrogeable par département ou par commune.

Cette analyse macroscopique était complétée d'une analyse microscopique, avec une présentation très détaillée de chaque action : année de réalisation, titre, intitulé du porteur, adresse, personne contact, durée, publics touchés, lieux précis d'intervention, objectifs, description, partenaires, etc.

Financé par la Drass Paca, cet outil a été sollicité l'année suivante pour l'intégralité de plusieurs programmes du plan régional de santé publique : nutrition, cancers, Praps, accidents de la vie courante. L'outil a évolué avec le soutien financier de la Drass Paca et de l'Urcam Paca.

En 2007, le GRSP sollicite l'outil Oscars pour le suivi de la totalité des programmes du PRSP. Il en finance l'adaptation, l'amélioration, et le personnel du Cres nécessaire à ces évolutions. Oscars est depuis hébergé sur le site du GRSP (<http://www.briques-sante.fr>), avec également un accès direct depuis le site du Cres (<http://www.cres-paca.org>).

Dans sa version 2008, Oscars présente les caractéristiques suivantes :

- Rendu compatible avec la VI de la DGS, il permet de basculer l'ensemble des informations saisies dans la VI vers Oscars, évitant ainsi toute double saisie ; ces informations sont complétées d'une trentaine de champs propres à Oscars. L'équipe du Cres assure la totalité de cette activité.
- Le fond de carte offre deux niveaux : communes et territoires de proximité. Le département sera bientôt rajouté.
- Sept critères de recherche simple : années, publics, programmes du PRSP, thématiques, types d'actions, types de structures, catégories (à partir de l'outil de catégorisation des résultats de Promotion santé Suisse).
- Dans le rendu cartographique, trois niveaux d'intervention sont définis : commune d'intervention, portée territoriale de l'action, actions régionales.
- La portée d'une action est visible sur la carte ; sa présentation détaillée fait l'objet d'une fiche.
- La présentation détaillée comporte une cinquantaine de champs : année, titre, porteur, contact, adresse, téléphone, fax, mail, site, durée, fréquence, public, budget, financeurs, type d'action, commune, territoire, département, lieux d'intervention, contexte, objectifs, description, partenaire, outils utilisés, outils créés, communication et valorisation, nombre de personnes touchées, évaluation, catégorisation, etc.

En recherche avancée, il est possible d'effectuer une recherche en texte libre ou à partir de critères complémentaires.

Un répertoire des acteurs complète celui des actions. Il permet de connaître l'identité des acteurs, mais également l'ensemble de leurs actions respectives (financement INPES).

La base est alimentée en priorité par les actions financées par le GRSP, mais également par d'autres financeurs : collectivités, autres directions régionales, Mildt, etc. Le Cres assure une prospection active auprès des financeurs. Il est également possible de soumettre une action directement en ligne. Son introduction dans Oscars est soumise à l'approbation du GRSP.

La base de données Oscars Paca comporte, en mai 2009, plus de 2 250 actions de plus de 600 porteurs.

Plusieurs conférenciers l'ont utilisée pour valoriser l'activité dans certains secteurs, par exemple : actions touchant la parentalité, actions menées auprès des jeunes de missions locales, etc. Les extractions sont simples et sont réalisées en ligne. Avant la fin du 1^{er} semestre 2009, une partie « analyse » sera également disponible en ligne.

Un rapprochement avec d'autres cartographies, notamment avec les indicateurs de santé de l'ORS, par exemple, est possible.

La richesse de l'outil garantit la valorisation, la connaissance et l'analyse de l'activité menée dans notre région en santé publique. La possibilité d'analyses croisées, prenant en compte jusqu'à quatre variables, contribue à déterminer des choix objectivement argumentés.

Enfin, cette mine d'informations mise à la disposition du grand public, des professionnels, des élus et des personnes en formation contribue certainement à améliorer les connaissances et les pratiques.

Oscars évolue pour permettre sa mise à disposition pour toute région ou tout réseau qui envisageraient de l'utiliser.

Afin de garantir la stabilité, la cohérence et la qualité de la base, le GRSP et le Cres ont rédigé, avec l'accord de la société 1 égal 2 (développeur de l'application), une convention de mise à disposition définissant les modalités d'Oscars. Elle est signée avec le GRSP Paca. Le coût de cette utilisation est estimé à 12 000 euros TTC la première année (adaptation d'Oscars à une autre région, développement, hébergement, etc.), le tarif étant dégressif l'année suivante. La formation de nouvelles équipes est assurée par le Cres Paca ; son coût est estimé forfaitairement à 1 000 euros TTC.

Le temps de travail à prévoir pour l'introduction des actions dans Oscars est fonction du nombre d'actions. À titre d'exemple, en Paca, environ 1,5 équivalent temps plein est nécessaire au Cres pour la mise à jour permanente d'Oscars (environ 1 000 actions par an).



ANNEXES

181	 	Annexe 1. Références bibliographiques
182	 	Annexe 2. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé
186	 	Annexe 3. Principaux sigles

ANNEXE 1

Références bibliographiques

1. Bantuelle Martine, Langlois Gaëlle, Schoene Marc. La démarche communautaire en santé. In : Bourdillon F. (dir.) *Traité de prévention*. Paris : Flammarion Médecine-Sciences, mars 2009, 421 p. : p. 94-99.
 2. Bourdillon François (dir.). *Traité de prévention*. Paris : Flammarion Médecine-Sciences, 2009 : 421 p.
 3. Bourdillon François, Brücker Gilles, Tabuteau Didier (dir.). *Traité de santé publique*, Flammarion Médecine-Sciences, 2^e éd., 2007 : 745 p.
 4. Conférence nationale des ingénieurs régionaux du génie sanitaire. *Positionnement de la santé environnementale au sein des ARS*. Note du 25 mai 2009.
 5. Conseil national des villes. Avis sur la mise en place des ARS, adopté au bureau du CNV du 18 septembre 2008.
 6. Haut Conseil de la santé publique. *Les politiques régionales de santé publique. Éléments de constat et préconisations dans le contexte de la loi « Hôpital, patients, santé et territoires »*, octobre 2008.
 7. OMS. Commission des déterminants sociaux de la santé. « *Closing the gap in a generation* », Genève, 2008.
 8. Société française de santé publique. Les contributions des débats des sociétés régionales de santé publique en région.
 - Aquitaine
 - Auvergne
 - Bourgogne
 - Bretagne
 - Centre
 - Champagne-Ardenne
 - Franche-Comté
 - Haute-Normandie
 - Languedoc-Roussillon
 - Lorraine
 - Pays de la Loire
 - Poitou-Charentes
 - Provence-Alpes-Côte d'Azur
 9. Société française de santé publique. Jean-François Collin, *et al.* Pour un pôle de santé publique et de prévention fort et structurant au sein des ARS. *Actualité et dossier en santé publique*, n° 63, juin 2008.
- Voir aussi les bibliographies de chaque fiche.

ANNEXE 2

Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé

[Extrait du *Traité de prévention*. Bourdillon F. (dir.). Paris : Flammarion Médecine-Sciences : 403-5]

La première Conférence internationale pour la promotion de la santé, réunie à Ottawa, a adopté le 21 novembre 1986 la présente « charte » en vue de contribuer à la réalisation de l'objectif de la santé pour tous d'ici à l'an 2000 et au-delà.

Inspirée avant tout par l'attente, de plus en plus manifeste, d'un nouveau mouvement en faveur de la santé publique dans le monde, cette conférence s'est concentrée sur les besoins des pays industrialisés, sans négliger pour autant ceux des autres régions. Elle a pris comme point de départ les progrès accomplis grâce à la déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires, les buts fixés par l'OMS dans le cadre de la stratégie de la santé pour tous et le débat sur l'action intersectorielle pour la santé, à l'Assemblée mondiale de la Santé.

PROMOTION DE LA SANTÉ

La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non

comme le but de la vie ; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé ; son ambition est le bien-être complet de l'individu.

Conditions indispensables à la santé

La santé exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables, l'individu devant pouvoir notamment :

- se loger ;
- accéder à l'éducation ;
- se nourrir convenablement ;
- disposer d'un certain revenu ;
- bénéficier d'un écosystème stable ;
- compter sur un apport durable de ressources ;
- avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable.

Tels sont les préalables indispensables à toute amélioration de la santé.

Plaidoyer pour la santé

La bonne santé est une ressource majeure pour le développement social, économique et individuel, et une importante dimension de la qualité de la vie. Divers facteurs

– politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques – peuvent tous la favoriser ou, au contraire, lui porter atteinte. La promotion de la santé a précisément pour but de créer, grâce à un effort de sensibilisation, les conditions favorables indispensables à l'épanouissement de la santé.

Mise en place des moyens

L'effort de promotion de la santé vise à l'équité en matière de santé. Le but est de réduire les écarts actuels dans l'état de santé et de donner à tous les individus les moyens et les occasions voulus pour réaliser pleinement leur potentiel de santé. Cela suppose notamment que ceux-ci puissent s'appuyer sur un environnement favorable, aient accès à l'information, possèdent dans la vie les aptitudes nécessaires pour faire des choix judicieux en matière de santé et sachent tirer profit des occasions qui leur sont offertes d'opter pour une vie saine. Sans prise sur les divers paramètres qui déterminent la santé, les gens ne peuvent espérer parvenir à leur état de santé optimal, et il en est de même pour les femmes et pour les hommes.

Médiation

Le secteur de la santé ne peut, à lui seul, assurer le cadre préalable et futur le plus propice à la santé. La promotion de la santé exige, en fait, l'action coordonnée de tous les intéressés : gouvernements, secteur de la santé et autres secteurs sociaux et économiques, organisations non gouvernementales et bénévoles, autorités locales, industries et médias. Quel que soit leur milieu, les gens sont amenés à intervenir en tant qu'individus, ou à titre de membres d'une famille ou d'une communauté. Les groupes professionnels et sociaux, tout comme les personnels de santé, sont, quant à eux, particulièrement responsables de la médiation entre les intérêts divergents qui se manifestent dans la société à l'égard de la santé.

Les programmes et les stratégies de promotion de la santé doivent être adaptés

aux possibilités et aux besoins locaux des pays et des régions, et prendre en compte les divers systèmes sociaux, culturels et économiques.

ACTIONS POUR PROMOUVOIR LA SANTÉ

Élaboration de politiques pour la santé

La promotion de la santé va bien au-delà des simples soins de santé. Elle inscrit la santé à l'ordre du jour des responsables politiques de tous les secteurs et à tous les niveaux, en les incitant à prendre conscience des conséquences de leurs décisions sur la santé et en les amenant à admettre leur responsabilité à cet égard. La politique de promotion de la santé associe des approches différentes, mais complémentaires : mesures législatives, financières et fiscales, et changements organisationnels, notamment. Il s'agit d'une action coordonnée conduisant à des politiques de santé, financières et sociales, qui favorisent davantage d'équité. L'action commune permet d'offrir des biens et des services plus sûrs et plus sains, des services publics qui favorisent davantage la santé et des environnements plus propres et plus agréables.

La politique de promotion de la santé suppose que l'on identifie les obstacles à l'adoption de politiques pour la santé dans les secteurs non sanitaires, et les moyens de surmonter ces obstacles. Le but doit être de faire en sorte que le choix le plus facile pour les responsables des politiques soit aussi le choix le meilleur du point de vue de la santé.

Création d'environnements favorables

Nos sociétés sont complexes et interconnectées, et l'on ne peut séparer la santé des autres objectifs. Les liens qui unissent de façon inextricable les individus à leur milieu constituent la base d'une approche socio-écologique à l'égard de la santé. Le grand principe directeur, pour le monde entier comme pour les régions, les nations et les communautés, est la nécessité d'une

prise de conscience des tâches qui nous incombent à tous, les uns envers les autres et vis-à-vis de notre communauté et de notre milieu naturel. Il faut appeler l'attention sur le fait que la conservation des ressources naturelles, où qu'elles soient, doit être considérée comme une responsabilité mondiale.

L'évolution des modes de vie, de travail et de loisir doit être une source de santé pour la population, et la façon dont la société organise le travail doit permettre de créer une société plus saine. La promotion de la santé engendre des conditions de vie et de travail à la fois sûres, stimulantes, gratifiantes et agréables.

L'évaluation systématique des effets sur la santé d'un environnement en évolution rapide – notamment dans les domaines de la technologie, du travail, de l'énergie et de l'urbanisation – est indispensable et doit être suivie d'une action garantissant le caractère positif de ces effets sur la santé du public. La protection des milieux naturels et des espaces construits ainsi que la conservation des ressources naturelles doivent être prises en compte dans toute stratégie de promotion de la santé.

Renforcement de l'action communautaire

La promotion de la santé passe par la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration et à la mise en œuvre des stratégies de planification en vue d'atteindre une meilleure santé. Au cœur même de ce processus, il y a la dévolution de pouvoir aux communautés considérées comme capables de prendre en main leurs destinées et d'assumer la responsabilité de leurs actions.

Le développement communautaire puise dans les ressources humaines et matérielles de la communauté pour stimuler l'auto-assistance et le soutien social, et pour instaurer des systèmes souples susceptibles de renforcer la participation et le contrôle du public en matière de santé. Cela exige un accès total et perma-

nent à l'information et aux possibilités d'acquisition de connaissances concernant la santé, ainsi qu'une aide financière.

Acquisition d'aptitudes individuelles

La promotion de la santé appuie le développement individuel et social grâce à l'information, à l'éducation pour la santé et au perfectionnement des aptitudes indispensables à la vie. Ce faisant, elle donne aux personnes davantage de possibilités de contrôle de leur propre santé et de leur environnement, et les rend mieux aptes à faire des choix judicieux.

Il est crucial de permettre aux gens d'apprendre à faire face à tous les stades de leur vie et à se préparer à affronter les traumatismes et les maladies chroniques. Ce travail doit être facilité dans le cadre scolaire, familial, professionnel et communautaire, et une action doit être menée par l'intermédiaire des organismes éducatifs, professionnels, commerciaux et bénévoles, et dans les institutions elles-mêmes.

Réorientation des services de santé

Dans le cadre des services de santé, la tâche de promotion est partagée entre les particuliers, les groupes communautaires, les professionnels de la santé, les établissements de services et les gouvernements. Tous doivent œuvrer ensemble à la création d'un système de soins servant au mieux les intérêts de la santé.

Par-delà son mandat qui consiste à offrir des services cliniques et curatifs, le secteur de la santé doit s'orienter de plus en plus dans le sens de la promotion de la santé. Les services de santé doivent se doter d'un mandat plus vaste, moins rigide et plus respectueux des besoins culturels, qui les amène à soutenir les individus et les groupes dans leur recherche d'une vie plus saine et qui ouvre la voie à une conception élargie de la santé, en faisant intervenir, à côté du secteur de la santé proprement dit, d'autres composantes de

caractère social, politique, économique et environnemental. La réorientation des services de santé exige également une attention accrue à l'égard de la recherche, ainsi que des changements dans l'enseignement et la formation des professionnels. Il faut que cela fasse évoluer l'attitude et l'organisation des services de santé, en les recentrant sur la totalité des besoins de l'individu considéré dans son intégralité.

LA MARCHÉ VERS L'AVENIR

La santé est engendrée et vécue dans les divers contextes de la vie quotidienne, là où l'individu s'instruit, travaille, se délasse ou se laisse aller à manifester ses sentiments. Elle résulte du soin que l'on prend de soi-même et d'autrui, et de la capacité à prendre des décisions et à maîtriser ses conditions de vie; elle réclame, en outre, une société dans laquelle les conditions voulues sont réunies pour permettre à tous d'arriver à vivre en bonne santé.

L'altruisme, la vision globale et l'écologie fondent les stratégies de promotion de la santé. Les auteurs de ces stratégies doivent donc partir du principe qu'à tous les niveaux de la planification, de la mise en œuvre et de l'évaluation de la promotion de la santé, tous les partenaires, hommes ou femmes, doivent être considérés comme égaux.

L'engagement à l'égard de la promotion de la santé

Les participants à la conférence s'engagent à :

- Se lancer dans le combat afin de promouvoir des politiques pour la santé et plaider en faveur d'un engagement politique clair en faveur de la santé et de l'équité dans tous les secteurs;
- Lutter contre les pressions exercées en faveur de produits dangereux, de la déplétion des ressources, de conditions et de cadres de vie malsains et d'une alimentation déséquilibrée; appeler également l'attention sur les questions de santé publique posées, par exemple par la pollu-

tion, les dangers d'ordre professionnel, l'habitat et les peuplements;

- Comblent les écarts de niveau de santé dans les sociétés et lutter contre les inégalités dues aux règles et aux pratiques de ces sociétés;
- Reconnaître que les individus constituent la principale ressource de santé; les soutenir et leur donner les moyens de demeurer en bonne santé, ainsi que leurs familles et leurs amis, par des moyens financiers et autres, et accepter la communauté comme principal porte-parole en matière de santé, de conditions de vie et de bien-être;
- Réorienter les services de santé et leurs ressources au profit de la promotion de la santé; partager leur pouvoir avec d'autres secteurs, d'autres disciplines et, plus important encore, avec la population elle-même;
- Reconnaître que la santé et son maintien constituent un investissement social et un défi majeur; et traiter le problème général que posent les modes de vie sur le plan de l'écologie.

Les participants à la conférence prient instamment toutes les personnes intéressées de se joindre à eux dans leur engagement en faveur d'une puissante alliance pour la santé.

Appel pour une action internationale

La conférence demande à l'Organisation mondiale de la santé et aux autres organismes internationaux de plaider en faveur de la promotion de la santé, dans le cadre de tous les forums appropriés, et d'aider les pays à établir des stratégies et des programmes de promotion de la santé. Les participants à la conférence sont fermement convaincus que, si les gens de tous milieux, les organisations non gouvernementales et bénévoles, les gouvernements, l'Organisation mondiale de la santé et tous les autres organismes concernés s'unissent pour lancer des stratégies de promotion de la santé conformes aux valeurs morales et sociales dont s'inspire cette charte, la santé pour tous d'ici l'an 2000 deviendra réalité.

ANNEXE 3

Principaux sigles**A**

Aasqa	Association agréée pour la surveillance de la qualité de l'air
ABS	Analyse des besoins sociaux
Acorde	Association des coordinateurs des dépistages des cancers
Acsé	Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances
Adeca	Association pour le dépistage des cancers
Adele	Association pour le développement économique du logement étudiant
Adil	Agence départementale d'information sur le logement
ALD	Affection de longue durée
AME	Aide médicale d'État
Anact	Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail
Anah	Agence nationale de l'habitat
Anitea	Association nationale des intervenants en toxicomanie et addictologie
Anpaa	Association nationale de prévention en acologie et addictologie
ANRS	Agence nationale de recherche sur le sida
AP-HP	Assistance publique-Hôpitaux de Paris
APHEIS	Air Pollution and Health : A European Information System
Aract	Agence régionale pour l'amélioration des conditions de travail
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
ARS	Agence régionale de santé
ASE	Aide sociale à l'enfance
Asud	Association d'usagers de drogues
ASV	Atelier santé-ville

B

BEH	Bulletin épidémiologique hebdomadaire
BOP	Budget opérationnel de programme

C

Caarud	Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues
CAF	Caisse d'allocations familiales

Camsp	Centre d'action médico-sociale précoce
CAP	Centre antipoison
CCAA	Centre de cure ambulatoire en alcoologie
CCAS	Centre communal d'action sociale
CDAG	Centre de dépistage anonyme et gratuit
CES	Centre d'examen de santé
Cesc	Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté
CESR	Conseil économique et social régional
CFES	Comité français d'éducation pour la santé
CHSCT	Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CHU	Centre hospitalier universitaire
Ciddist	Centre d'information, de dépistage et de diagnostic des IST
Cire	Cellule interrégionale d'épidémiologie
Ciss	Collectif interassociatif sur la santé
Clat	Centre de lutte antituberculeuse
Clic	Centre local d'information et de coordination
Clin	Comité de lutte contre les infections nosocomiales
CLPS	Centre local de promotion de la santé (Belgique)
CME	Commission médicale d'établissement
CMEI	Conseiller médical en environnement intérieur
CMP	Centre médicopsychologique
CMPP	Centre médicopsychopédagogique
CMU	Couverture maladie universelle
CMU-c	Couverture maladie universelle complémentaire
Cnamts	Caisse nationale de l'assurance maladie
CNRS	Centre nationale de la recherche scientifique
CNS	Conférence nationale de santé
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CNV	Conseil national des villes
Codes	Comité départemental d'éducation pour la santé
Cog	Convention d'objectifs et de gestion
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPER	Contrat de projets État-Régions
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
Cram	Caisse régionale d'assurance maladie
Cres	Comité régional d'éducation pour la santé
Crij	Centre régional information jeunesse
Crips	Centre régional d'information et de prévention du sida
CRSA	Conférence régionale de santé
Csapa	Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
CSP	Code de la santé publique
CSSS	Centre de santé et des services sociaux (Québec)
CSST	Centres de soins spécialisés pour les toxicomanes
CSTB	Centre scientifique et technique du bâtiment
Cucs	Contrat urbain de cohésion sociale
Cuesp	Collège universitaire des enseignants de santé publique
D	
Datar	Délégation à l'aménagement du territoire et à l'action régionale (devenue Diact)

Ddass	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DDT	Direction départementale des territoires
DESS	Diplôme d'études supérieures spécialisées
DGD	Dotation globale de décentralisation
DGS	Direction générale de la santé
Dhos	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
Diact	Délégation interministérielle à l'aménagement et à la compétitivité des territoires
Direccte	Direction régionale des entreprises, de la concurrence et de la consommation, du travail et de l'emploi
DMP	Dossier médical personnel
DO	Déclaration obligatoire
Dom	Département d'outre-mer
Draaf	Direction régionale de l'agriculture, de l'alimentation et de la forêt
Drac	Direction régionale de la culture
Drass	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
Dreal	Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement
Drees	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRJSCS	Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
DRT	Direction régionale du travail
DSDS	Direction de la santé et du développement social

E

Egos	États généraux de l'organisation de la santé
EHESP	École des hautes études en santé publique
Ehpad	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EIS	Évaluation de l'impact sanitaire
ENSP	École nationale de santé publique
Epci	Établissement public de coopération intercommunale
EPS	Éducation pour la santé
ETP	Éducation thérapeutique du patient

F

Femasac	Fédération des maisons de santé comtoises
FFA	Fédération française d'addictologie
Fiqcs	Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins
Fnes	Fédération nationale d'éducation pour la santé
Fnor	Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé
FNPEIS	Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires
FNPEISA	Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires agricole

G

GIP	Groupement d'intérêt public
GRSP	Groupement régional de santé publique

H

HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute Autorité de santé
HCSP	Haut Conseil de la santé publique
HPST	Hôpital, patients, santé et territoires

I

ICE	Inspection contrôle évaluation
IES	Ingénieur d'études sanitaires
Ifsi	Institut de formation en soins infirmiers
Igas	Inspection générale des affaires sociales
IGS	Ingénieur du génie sanitaire
INCa	Institut national du cancer
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INPI	Institut national de la propriété industrielle
INRS	Institut national de recherche et de sécurité
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques
Inserm	Institut national de la santé et de la recherche médicale
InVS	Institut de veille sanitaire
IST	Infection sexuellement transmissible
IVG	Interruption volontaire de grossesse

L

LAP	Liste des actes et prestations
LAT	Lutte antituberculeuse
LFSS	Loi de financement de la Sécurité sociale
Lolf	Loi organique relative aux lois de finances

M

MCO	Médecine chirurgie obstétrique
MCU	Maître de conférences des universités
Meeddat	Ministère de l'Écologie, de l'Énergie, du Développement durable et de la Mer
Mig	Mission d'intérêt général
Migac	Mission d'intérêt général et aide à la contractualisation
Mildt	Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie
Mirtmo	Médecin inspecteur régional du travail et de la main d'oeuvre
Misp	Médecin inspecteur de santé publique
Mriice	Mission régionale et interdépartementale d'inspection, de contrôle et d'évaluation
MRS	Mission régionale de santé
MSA	Mutualité sociale agricole

O

OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
Odas	Observatoire national de l'action sociale décentralisée
OMS	Organisation mondiale de la santé
Ondam	Objectif national des dépenses d'assurance maladie
Oned	Observatoire national de l'enfance en danger
Opeps	Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé
Oqai	Observatoire de la qualité de l'air intérieur
ORS	Observatoire régional de la santé
Oscars	Outil de suivi cartographique des actions régionales de santé

P

Paca	Provence-Alpes-Côte d'Azur
Pact-Arim	Mouvement pour l'amélioration de l'habitat

Pap	Programme d'actions prioritaires
Pass	Permanence d'accès aux soins de santé
PDI	Programme départemental d'insertion
PDU	Plan de déplacement urbain
PEL	Plan éducatif local
PLH	Programme local de l'habitat
PLU	Plan local d'urbanisme
PMI	Protection maternelle et infantile
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PNLHI	Pôle national de lutte contre l'habitat indigne
PNNS	Programme national nutrition-santé
PNSE	Plan national santé-environnement
PQVMC	Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques
Praps	Programme régional d'accès à la prévention et aux soins
PRC-AM	Programme régional commun de l'Assurance maladie
PRE	Programme de réussite éducative
PRQA	Plan régional pour la qualité de l'air
PRS	Programmes régionaux de santé
PRSE	Plan régional santé-environnement
PRSP	Plan régional de santé publique
PSS	Prévention et sécurité sanitaire
R	
RAP	Rapport annuel de performance
Rased	Réseau d'aides spécialisées aux enfants en difficulté
Reaap	Réseau d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents
Reae	Réseau économie sociale et environnement
RGPP	Révision générale des politiques publiques
RNSA	Réseau national de surveillance aérobiologique
ROR	Rougeole oreillons rubéole
RPIB	Repérage précoce et intervention brève
RRC	Réseau régional de cancérologie
RSI	Régime social des indépendants
S	
SCHS	Service communal d'hygiène et de santé
Sessad	Service d'éducation spéciale et de soins à domicile
SFSP	Société française de santé publique
SI-PRSP	Système d'information des plans régionaux de santé publique
Sras	Syndrome respiratoire aigu sévère
Sreps	Schéma régional d'éducation pour la santé
Sros	Schéma régional d'organisation sanitaire
SSR	Soins de suite et de réadaptation
T	
TS	Technicien sanitaire
U	
Ucsa	Unité de consultations et de soins ambulatoires
UIPES	Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé

UO	Unités opérationnelles
Urcam	Union régionale des caisses d'assurance maladie
URML	Union régionale des médecins libéraux
Urps	Union régionale des professions de santé
V	
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
Z	
Zus	Zone urbaine sensible

Conception graphique originale **SCRIPTA** - Céline Farez, Virginie Rio
Préparation **Nelly Zeitlin**
Correction **Carmen Fernandez**
Maquette et réalisation **Philippe Ferrero**
Photogravure et impression **Fabrègue**

Août 2009

La création des agences régionales de santé (ARS)

représente à la fois une évolution majeure du système de santé français et un défi pour l'ensemble des acteurs institutionnels, professionnels et associatifs. Pour accompagner cette réforme de grande ampleur, le ministère chargé de la Santé a confié à plusieurs groupes de travail la mission de fournir des éléments permettant une mise en œuvre rapide et pertinente. L'INPES contribue à cette réforme par l'édition de trois ouvrages :

- Promotion, prévention et programmes de santé
- Financer, professionnaliser et coordonner la prévention
- Inégalités sociales de santé

Le présent volume propose des modalités d'organisation des ARS pour mieux prendre en compte la promotion de la santé en France. L'approche proposée s'inscrit résolument dans le champ de la santé publique. Plusieurs recommandations sont faites – notamment de travailler de manière matricielle en croisant les approches par populations, milieux et pathologies, de développer des activités intersectorielles et interministérielles, et de ne pas fondre les activités de sécurité sanitaire avec celles de promotion de la santé. Les missions et les champs d'un futur pôle Promotion, prévention et programmes de santé sont présentés. Des fiches thématiques donnent des éclairages sur les concepts, les fonctions des acteurs, les champs et les outils de la promotion de la santé.



Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

42, boulevard de la Libération
93203 Saint-Denis Cedex - France