

Sous la direction de
NATHALIE LEURIDAN

Agences régionales de santé

Financer, professionnaliser et coordonner la prévention

Agences régionales de santé

Financer, professionnaliser et coordonner la prévention



Agences régionales de santé

Financer, professionnaliser et coordonner la prévention

Sous la coordination de
NATHALIE LEURIDAN



Direction de la collection **Thanh Le Luong**
Édition **Anne-Sophie Mélard**

**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 :
Leuridan N. (sous la direction de). Agences régionales de santé.
Financer, professionnaliser et coordonner la prévention.
Saint-Denis : INPES, coll. Varia, 2009 : 160 p.

ISBN 978-2-9161-9217-8

Piloté par

Nathalie Leuridan, DRASS-GRSP Rhône-Alpes

Membres du groupe de travail

Jean-François Collin, Société française de santé publique

Jean-François Dodet, DRASS-GRSP Bourgogne

Annick Fayard, Institut national de prévention
et d'éducation pour la santé (INPES)

Véronique Mallet, direction générale de la santé

Michèle Tardieu, DRASS-GRSP Auvergne

Hervé Treppoz, Caisse centrale de la mutualité sociale agricole

Patrick Zamparutti, DRASS Bretagne

Remerciements aux différents rédacteurs et contributeurs

Viviane Bayad, CNFPT

Dominique Berger, IUFM, université Lyon I

Gérard Bertuccelli, CPAM Puy-de-Dôme

Carine Boige, DRASS-GRSP Auvergne

Josiane Carvalho, EHESP

Jean Chappellet, DRASS Provence-Alpes-Côte d'azur

Jean Louis Cotart, chirurgien conseil DRSM Rhône-Alpes

Jean Pierre Couteron, ANITEA

Patrick Daime, ANPAA

Jérôme Foucaud, INPES

Julie Gladin, DGS

Edmond Guillou, DRASS-GRSP Centre

Emmanuelle Hamel, INPES

Solenn Kerviel, DRASS-GRSP Centre

Nathalie Latour, ANITEA

Odile Pinero, CPAM Haute-Loire

Stéphanie Portal, DGS

Florence Peyronnard, DRASS Rhône-Alpes

Josiane Riberolles, CPAM Puy-de-Dôme

Véronique Richard, DIV

Véronique Yvonneau, DRASS-GRSP Nord-Pas-de-Calais

Sommaire

11	Préambule
15	Trois axes de recommandations
27	Les recommandations
29	Développement coordonné de la prévention
30	Financement de la politique de santé publique au niveau régional
35	Éducation thérapeutique du patient et accompagnement personnalisé
40	Systèmes d'information géographique au service de la prévention
45	Amélioration de la qualité de la prévention
46	Professionnalisation et compétences en éducation pour la santé et en éducation thérapeutique du patient
50	CNFPT, Centre national de la fonction publique territoriale : un Pôle national de compétence santé
53	Réseau des formateurs IUFM en éducation pour la santé
56	Autoévaluation de la qualité des actions en promotion de la santé menées par les associations
62	Pôles régionaux de compétence en éducation pour la santé

71		Articulation avec les autres politiques
72		Territorialisation de la politique de prévention dans le cadre des ARS
81		Assurance maladie (régime général) et prévention
89		Promotion de la santé Offre de service M'T dents
91		Promotion de la santé Détection précoce des situations de précarité
93		Prévention médicalisée Vaccination anti-grippale
95		Prévention médicalisée Dépistage du cancer du sein
97		Prévention médicalisée Service d'accompagnement des malades chroniques Sophia
99		Politiques de la ville, de la santé et de la cohésion sociale
107		Chirurgiens-dentistes et prévention
112		Pharmaciens et prévention
116		Médecins et prévention
125		Annexes
129		Annexe 1. Références bibliographiques
130		Annexe 2. Formations
133		Annexe 3. Équipe de recherche PAEDI, équipe d'accueil n° 4281 Université Blaise-Pascal, Clermont-Ferrand
141		Annexe 4. Le diagnostic local de santé : un peu de méthode
144		Annexe 5. Le recrutement d'un animateur territorial de santé
146		Annexe 6. Principaux sigles

Préambule

La prévention : une mission de l'agence régionale de santé

La prévention figure parmi les missions de l'agence régionale de santé (ARS), agence qui « définit, finance et évalue 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 ».

Le plan stratégique régional de santé comprendra un schéma sectoriel concernant la prévention.

Ce schéma sectoriel est sans doute celui qui, dans l'ARS future, devra faire l'objet de l'attention la plus soutenue dans sa définition et sa mise en œuvre. Les ARS sont mises en place pour rendre le système de santé plus efficace et plus efficient. L'efficacité passe par de meilleurs résultats de santé, c'est-à-dire une réduction de la mortalité prématurée évitable obtenue par une modification des comportements et une réduction des inégalités de santé par un égal accès pour tous à la santé, sur le plan financier et éducatif.

L'efficience, si l'on admet (cf. modèle Devers, J. de Kervasdoué) que le curatif et la qualité du système de soins n'interviennent qu'à hauteur de 15 % dans l'espérance de vie, passe par un renforcement de la prévention.

La planification : un outil de prévision et d'évolution

Tant pour le schéma régional d'organisation des soins (Sros) que pour celui relatif à l'organisation médico-sociale, la loi confirme le rôle de prévision et d'évolution afin de répondre aux besoins de santé de la population.

Le schéma régional de l'organisation des soins fixe les objectifs de l'offre de soins par territoire de santé.

La question d'une planification avec des objectifs de services de prévention par territoire pourrait également être posée.

La coopération : une condition de la dynamique régionale

Les commissions de coordination des politiques de santé prévues par la loi portant réforme de l'Hôpital et relatif aux Patients, à la Santé et aux Territoires (HPST) auront pour mission de poursuivre le travail engagé par les groupements régionaux de santé publiques (GRSP). Il s'agit d'assurer la cohérence et la complémentarité des actions dans le secteur de la prévention avec la santé scolaire, la santé au travail, la protection maternelle et infantile, le sport et les activités physiques, la santé des détenus, etc.

La contractualisation : une condition de la pérennité et de la stabilité des activités de santé

La loi HPST prévoit plusieurs exemples de contractualisation dans le champ de la prévention. Le titre III sur la prévention et la santé publique précise dans l'article 22 concernant l'éducation thérapeutique du patient :

- *les programmes d'éducation thérapeutique du patient feront l'objet d'un cahier des charges national et l'agence régionale de santé pourra conclure des conventions avec les promoteurs de ces programmes précisant le financement;*
- *les actions d'accompagnement des patients feront l'objet d'un cahier des charges national.*

Le titre IV de la loi organise la contractualisation avec les offreurs de service en santé. Bien que les acteurs de prévention ne soient pas nommés dans cet article 22, il ne faut pas les exclure de la contractualisation.

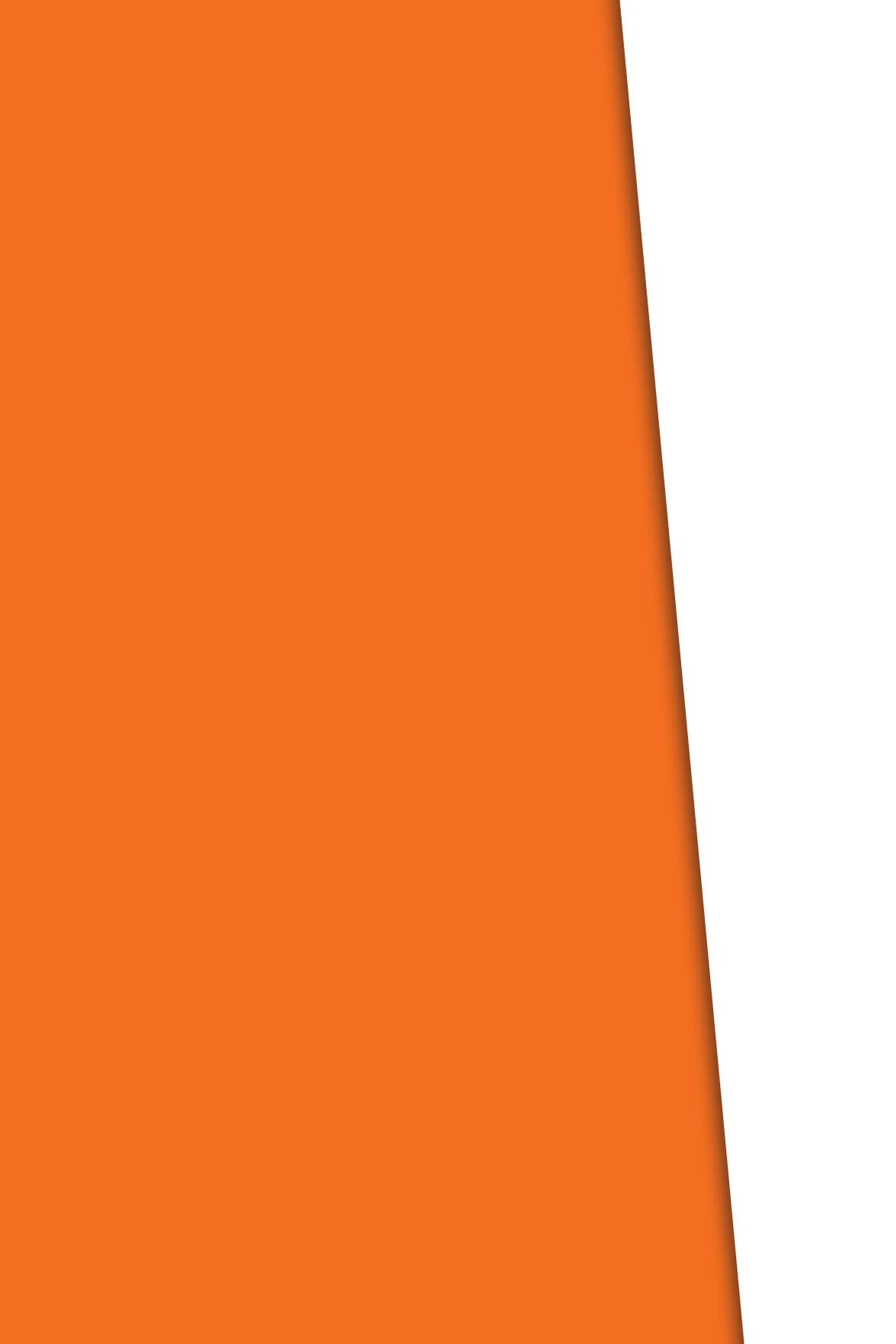
Ainsi, l'offre de service en prévention et éducation pour la santé telle qu'elle a pu être mise en place dans le cadre des groupements

régionaux de santé publique ne figure pas parmi la liste des bénéficiaires de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens. Il faudrait veiller à ce qu'elle bénéficie des mêmes conditions de pérennité et de stabilité que les autres activités de santé.

Rendre solvable la prévention, améliorer l'efficacité de la prévention par la qualité des actions et par la professionnalisation du secteur

Intégrer les problématiques de prévention dans l'ensemble des actions sanitaires et médico-sociales permettra de faire de l'agence régionale de la santé au niveau régional :

- le lieu de définition de la stratégie en matière de prévention ;*
- le lieu d'animation de la communauté des financeurs et des décideurs ;*
- un appui aux opérateurs pour coordonner et démultiplier les actions de prévention.*



TROIS AXES DE RECOMMANDATIONS

Trois axes de recommandations

POUR DÉVELOPPER LA PRÉVENTION

RECOMMANDATION 1

Argumentaire

Les groupements régionaux de santé publique (GRSP) ont réuni dans le cadre d'une enveloppe unique les crédits de prévention de l'État (budget opérationnel de programme – BOP – Prévention et sécurité sanitaire) et de l'Assurance maladie (Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires – FNPEIS). En 2009, des crédits du ministère de la Justice ont rejoint le budget de certains GRSP pour les interventions en milieu pénitentiaire.

Ces avancées ne doivent pas voiler les difficultés non résolues de financements de la prévention hors GRSP, ayant en particulier comme conséquences des procédures et des calendriers différents. Cela fait notamment référence à l'articulation entre les différents appels à projets : INPES, INCa, CNSA, Cnamts, ministère de la Santé (DHOS, DGS) ; appels à projets régionaux et départementaux : MILDT, Fonds national d'aménagement et de développement du territoire, contrats de projet État-région volet territorial, conseil régional, etc.

Recommandation 1

Pour ne pas réduire la cohérence et l'efficacité des politiques régionales définies par le plan stratégique de santé, la coordination et l'articulation des différentes politiques doivent être organisées avec le niveau national.

Les appels à projets (AAP) nationaux pourraient être limités aux seules expérimentations et à la recherche.

■ Des conventions ou accords cadres entre l'ARS et les décideurs-financiers nationaux pourraient être envisagés, prenant en compte les attentes de chacune des parties :

- le niveau national pouvant définir les références des actions attendues ;
- l'ARS pouvant choisir les opérateurs et assurer le suivi.

■ Le Conseil national de pilotage des ARS pourrait être le lieu de mise en cohérence :

– des différents financements nationaux ci-dessus cités, y compris ceux de la Fondation de prévention prévue par la loi HPST (titre III) ;

- et de leur articulation avec les ARS.

À noter que s'agissant des AAP portant sur des expérimentations, les modalités de généralisation en cas de pérennisation doivent être arrêtées dès l'appel à projets.

RECOMMANDATION 2

Argumentaire

L'autonomie juridique et comptable des GRSP a permis une souplesse pluriannuelle dans le versement des subventions, prenant en compte les dates de démarrage des actions et les rythmes nécessaires à l'analyse des projets.

Recommandation 2

Pour la mise en œuvre et le suivi du plan régional stratégique et de son schéma relatif à la prévention, pour éviter l'émiettement des acteurs et asseoir les opérateurs et les professionnels, l'ARS doit distinguer deux modalités d'intervention :

■ Le conventionnement pluriannuel sur la durée du plan, pour rendre solvable des opérateurs de prévention ou des activités de prévention structurantes, avec un processus et une procédure d'identification et de sélection des opérateurs ou activités, ainsi qu'une procédure de suivi et d'évaluation.

Deux types de conventionnement seraient à distinguer :

– Le conventionnement pluriannuel pour les structures identifiées comme établissements ou services de prévention bénéficiant d'une procédure d'autorisation ou d'agrément (exemple des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens – CPOM – des établissements hospitaliers ou convention tripartite des établissements médico-sociaux).

– Le conventionnement pluriannuel pour des actions portées par certains opérateurs de prévention depuis plusieurs années et ayant bénéficié d'une évaluation positive.

■ L'appel à projets ciblé annuel pour faire émerger les initiatives locales et/ou expérimentales, avec un processus et une procédure de sélection, de suivi et d'évaluation. Comme pour le niveau national, les AAP portant sur des expéri-

mentations doivent définir les modalités de généralisation en cas de pérennisation.

RECOMMANDATION 3

Argumentaire

Le système d'information des plans régionaux de santé publique (PRSP) mis en place par la direction générale de la Santé (DGS) constitue une base de données importante sur les actions de prévention financées par les GRSP. Certaines régions ont souhaité se doter d'un outil supplémentaire de planification et de programmation des actions de prévention. Pour cela les systèmes d'information géographique (SIG) ont permis de localiser les actions sur des territoires de coordination et d'impulsion des initiatives d'une part, et d'autre part de faire un lien avec d'autres éléments de connaissance sur ces mêmes territoires (état de santé, démographie des professions, offre de soins, etc.). Dans ce contexte, les SIG constituent un instrument de prévision et d'évolution.

Recommandation 3

Pour favoriser le pilotage de la politique de santé, l'ARS doit se doter d'un système d'information performant.

- Les SIG doivent être utilisés comme outil de planification et de prévision. Ils doivent permettre l'articulation des différents découpages territoriaux définis suivants les thématiques de santé. Ils doivent offrir la possibilité de coordonner la prévention avec d'autres axes d'intervention de l'ARS : médico-social, offre de soins, etc.
- Les SIG doivent évoluer dans les domaines de la prévention et de la santé en assurant une bonne interopérabilité avec les outils et systèmes existants (CartoSanté des Urcam et Parhtage des ARH, SCORE-Santé des ORS, etc.)

POUR AMÉLIORER LA QUALITÉ DE LA PRÉVENTION

RECOMMANDATION 4

Argumentaire

Le financement et le développement d'actions de prévention ont conduit à développer de nouveaux métiers, sans que ces derniers soient reconnus à ce jour par un diplôme et un statut.

- Les réseaux des associations départementales d'éducation pour la santé et de l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie distinguent :

- les animateurs en prévention et en éducation pour la santé chargés d’animer et de mettre en œuvre des actions éducatives de proximité ;
- les chefs de projets chargés de concevoir et de gérer des projets globaux de prévention.

- Les projets territoriaux de santé ont donné naissance à de nouveaux profils de métiers de la prévention appelés coordonnateurs territoriaux de santé.

L’INPES a produit divers travaux permettant de recenser les formations délivrées notamment par les universités, qui forment de nombreux professionnels dans le champ de la prévention, de l’éducation pour la santé, etc. :

- Foucaud J., Moquet M.-J., Rostan F., Hamel E., Fayard A. *État des lieux de la formation initiale en éducation pour la santé en France. Résultats d’une analyse globale pour dix professions de santé*. Saint-Denis : INPES, coll. Évolutions, 2008, n° 10 : 6 p. <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1091.pdf>

- Balcou-Debussche M., Foucaud J. *Quelles compétences en éducation thérapeutique du patient ? Analyse de contenu du séminaire de Lille, 11-13 octobre 2006*. Saint-Denis : INPES, coll. Évolutions, 2008, n° 16 : 6 p. <http://www.inpes.sante.fr/cfesbases/catalogue/pdf/1147.pdf>

Recommandation 4

L’ARS doit pouvoir s’appuyer sur une diversité de compétences. Un inventaire régional des professionnels permettrait de mutualiser et de capitaliser les compétences au sein des différentes institutions qui développent des programmes de prévention. Une mobilité de ces compétences pourrait être envisagée en fonction de l’évolution des équipes reconnues.

- L’INPES a pour rôle d’établir les programmes de formation en éducation pour la santé, selon les modalités définies par décret. Il n’existe pas de référentiel de compétence en France. L’INPES pourrait travailler à l’élaboration de référentiels pour/avec l’ensemble des opérateurs de prévention, notamment des référentiels par thématiques.

Aussi faut-il passer d’une approche « programme de formation » à une logique de référentiels métier/compétences/formation/certification.

RECOMMANDATION 5

Argumentaire

Parmi les acteurs de prévention, on distingue :

- Les acteurs spécialisés dans ces pratiques et venant en soutien à d’autres acteurs et ayant ou non un contact direct avec les populations : réseau des comités d’éducation pour la santé, acteurs de formation (UFR, IUFM), départements hospitaliers de santé publique ;

- Les acteurs thématiques (pathologie, déterminant de santé, public précis) et venant en soutien à d’autres acteurs, avec également des missions sur le

champ de la prévention et ayant ou non un contact avec les populations : CCAA, CSST, CIRM, URML, Institut Pasteur, Fnars, Uriopss, URFJT, ARML ;

- Les acteurs potentiels en éducation pour la santé, en contact direct avec les populations et n'ayant pas de mission de soutien à d'autres acteurs (centres de santé, UFSBD, aides à la personne : associations néphalistes – associations d'anciens buveurs –, sida, Ligue, santé et travail, établissements scolaires, établissements pénitentiaires, établissements de santé, organismes de Sécurité sociale, organismes sociaux et médico-sociaux, professions de santé).

Le soutien de l'INPES et des GRSP a permis de renforcer, au sein des régions, des centres ressources et pôles de compétence en éducation pour la santé.

Le pôle de compétence en éducation pour la santé met à disposition des acteurs :

- des services : appui méthodologique, formation, expertises ;
- des outils : ressources documentaires validées, bases de données partagées, outils pédagogiques, outils d'évaluation ;
- des lieux d'échanges : pratiques professionnelles ou concepts, thématiques ou méthodologiques, de la coordination.

Recommandation 5

Faire des pôles de compétence les interlocuteurs reconnus à l'extérieur de l'ARS, qui transmettent les référentiels d'intervention validés, à destination des professionnels et établissements de santé sociaux et médico-sociaux, des collectivités territoriales, des porteurs de projets locaux... Pour cela, il est nécessaire que les pôles de compétence :

- disposent d'une assise juridique ;
- soient agréés ou autorisés par le directeur de l'ARS ;
- se développent au-delà du réseau des comités d'éducation pour la santé ;
- aient un périmètre et une composition adaptés aux ressources existantes par territoire et aux différentes thématiques d'intervention : prévention, ingénierie de projet, promotion de la santé compris comme action sur les déterminants de santé, éducation pour la santé, éducation du patient, etc.
- disposent d'un accord-cadre entre l'INPES et les ARS pour définir les engagements réciproques.

POUR ARTICULER LA PRÉVENTION AVEC LES AUTRES POLITIQUES

RECOMMANDATION 6

Argumentaire

L'agence régionale de santé devra s'appuyer sur ses instances politiques et techniques pour la mise en œuvre et l'articulation du schéma régional de

prévention avec le schéma régional des soins, le schéma régional médico-social et les politiques régionales menées par les différents services de l'État (Éducation nationale, Travail, Sport, Justice, Environnement, etc.), de l'Assurance maladie interrégimes et des collectivités locales.

Recommandation 6

L'articulation des politiques régionales ou appels à projets régionaux des différents services de l'État, de l'Assurance maladie et des collectivités territoriales pourra être réalisée :

- au sein de la commission de coordination des politiques de santé relatives à la prévention ;

- par une organisation régionale/départementale avec un réseau d'équipes locales de l'ARS pour assurer la proximité avec les opérateurs, l'accompagnement, le suivi et l'évaluation des projets et la mise en cohérence des politiques.

Un réseau de responsables de programmes « thématiques transversales » (prévention, soins et médico-social), chargé de définir les objectifs des programmes, les actions attendues et d'intervenir en tant qu'expert de santé publique pour accompagner et évaluer les projets.

- Pour les services de l'État, l'articulation du projet régional de santé avec les politiques régionales pourrait être relayée au sein du comité de l'administration régionale présidé par le Préfet de région. Dans ce comité, siègent le directeur de l'ARS, le directeur de la DRJSCS, le recteur, le directeur de la DREAL, le directeur de la Direccte, le directeur de la DRAAF... Des accords cadres entre l'ARS et les différents pôles régionaux devraient être passés sur la base de circulaires interministérielles (exemple : circulaires 2002-099 du 25 avril 2002 du ministère de l'Éducation nationale, 2002-281 du 3 mai 2002 du ministère délégué à la Santé).

RECOMMANDATION 7

Argumentaire

Au titre de ses actions de prévention, l'agence régionale de santé attribue, dans des conditions fixées par la convention d'objectifs et de gestion conclue entre l'État et la Caisse nationale d'assurance maladie, les crédits provenant du Fonds national de prévention.

Des représentants de l'Assurance maladie sont présents au sein des instances de pilotage :

- Conseil national de pilotage des ARS,
- Conseil de surveillance des ARS.

Recommandation 7

Concernant la prévention, quelques recommandations peuvent être faites, de façon à tirer profit de l'expérience acquise :

- L'inscription de la prévention comme priorité doit être maintenue dans les orientations nationales, en s'attachant à en faire un objectif transversal aux conventions d'objectifs et de gestion : des objectifs spécifiques de prévention en gestion du risque, une offre de service de prévention homogène sur l'ensemble du territoire, des organisations (systèmes d'information, gestion des ressources humaines, études et statistiques, etc.) et des moyens affectés à la prévention sur la base de critères lisibles.
- Une concertation interrégimes doit être assurée au plan national comme au plan local, selon des modalités à définir.
- Les fonds dédiés à titre principal à la prévention (FNPEIS), viennent abonder ceux apportés par les autres partenaires, dans le respect des priorités de santé.
- Au plan régional, les organismes d'assurance maladie doivent être associés à la définition de la stratégie (plan stratégique régional de santé), aux choix des mesures déclinant les objectifs (schémas régionaux), et participer dans le cadre d'une contractualisation aux modalités concrètes d'application des schémas dans le cadre des programmes.
- Des contrats cadres sont à prévoir entre l'agence régionale de santé et les organismes d'assurance maladie permettant de tenir compte du rôle joué par les caisses dans le dépistage organisé des cancers et de l'offre de proximité offerte par leurs centres d'examen de santé en matière d'examens et d'éducation en santé, notamment à l'attention des populations « fragilisées ».

RECOMMANDATION 8

Argumentaire

Afin d'articuler les différentes politiques au sein d'un même territoire, des politiques de territorialisation ont été déployées dans certaines régions par les GRSP. Cette territorialisation des politiques de santé permet de :

- Sensibiliser et impliquer les acteurs locaux aux priorités de santé publique.
- Diminuer les disparités infrarégionales et dynamiser les territoires peu dynamiques.
- Mettre en œuvre la politique régionale au plus près du terrain.

Recommandation 8

- L'articulation entre les territoires :
 - Les projets locaux de territoires doivent s'intégrer dans les territoires de santé de recours et respecter le projet régional de santé, l'ARS devra au préalable définir quels seront ces territoires infrarégionaux.
 - Cette articulation doit se faire concomitamment de façon descendante et ascendante, les territoires de projets devant alimenter le niveau régional dans l'élaboration du projet régional de santé et de ses schémas et programmes.
- L'articulation entre contrat local/projet local de santé :

– Dans le cadre d'un projet local de santé élaboré au niveau du territoire et validé par la conférence de territoire, des contrats locaux de santé peuvent alors être signés, soit avec les pays, les communautés d'agglomération ou groupements de communautés de communes, soit à un niveau plus fin avec des communes par exemple. Mais ce contrat local de santé devra respecter le projet local de santé.

■ L'articulation entre conférences de territoires, conférence régionale de santé et commissions de coordination (dans le domaine de la prévention et dans le domaine médico-social) est à penser également selon les mêmes principes d'imbrication et d'articulation.

À noter que l'observation des territoires doit se faire avec une méthodologie commune à tous les territoires et l'appui des experts en statistiques et en épidémiologie. Tout diagnostic local de santé n'a de sens que s'il peut donner lieu à un programme d'actions.

RECOMMANDATION 9

Argumentaire

Actuellement, les interventions des opérateurs des GRSP, des établissements et services relevant de l'ARH et de la mission régionale de santé restent cloisonnées.

La place des professionnels de santé n'est pas encore bien identifiée dans le champ de la prévention.

Les volets prévention des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens entre l'agence régionale de santé (agence régionale de l'hospitalisation) et les établissements de santé ne sont pas généralisés. Les établissements et services médico-sociaux rencontrent des difficultés pour intégrer des actions de prévention (notamment dans le cadre des conventions tripartites).

L'hôpital constitue, avec la médecine de ville, un lieu essentiel d'observation et de révélation des problèmes de santé, avec ses activités d'hospitalisation, de consultation et, plus particulièrement, avec les passages aux urgences.

En plus des malades, il reçoit chaque année de nombreux visiteurs pouvant bénéficier de ses services. Par ailleurs, il s'inscrit de plus en plus dans des logiques de réseaux avec les autres acteurs sanitaires et sociaux du territoire de santé.

Les expériences présentées lors du colloque de Martigues (« Hôpital et santé publique », février 2007) ont confirmé que les hôpitaux sont bien placés pour faire se rencontrer les logiques curatives et préventives, en contribuant à sensibiliser des publics très hétérogènes, les patients bien sûr, mais aussi les millions de visiteurs et le million de professionnels qui y travaillent. Ces expériences ont montré que quelques établissements ont réussi à tirer parti de ce potentiel pour passer d'initiatives isolées à une véritable prise en compte par l'hôpital de la prévention, introduisant par des constructions originales davantage de transversalité entre les différents services. Il apparaît que ce mouvement s'est accentué depuis la mise en œuvre de la loi du 13 août

2004, confiant et/ou renforçant le rôle des établissements de santé dans les domaines de la vaccination, de la tuberculose et des infections sexuellement transmissibles.

Recommandation 9

Des pôles « santé publique » au sein des établissements de santé fédérant des activités plus particulièrement tournées vers les populations vulnérables se sont développés. Ces pôles ont un principe, un objectif, et ils répondent à plusieurs logiques ; leurs missions et leur organisation diffèrent en fonction de la taille de l'établissement.

Un principe

Au-delà des prises en charge centrées sur un organe, une fonction ou une pathologie, proposer une prise en charge globale, pluridisciplinaire, centrée sur la personne.

Un objectif

Fédérer les activités plus particulièrement tournées vers les populations vulnérables (permanences d'accès aux soins, Ucsa, addictologie, vaccination, tuberculose et IST, etc.), les activités d'éducation pour la santé et de promotion de la santé, les activités d'éducation thérapeutique du patient.

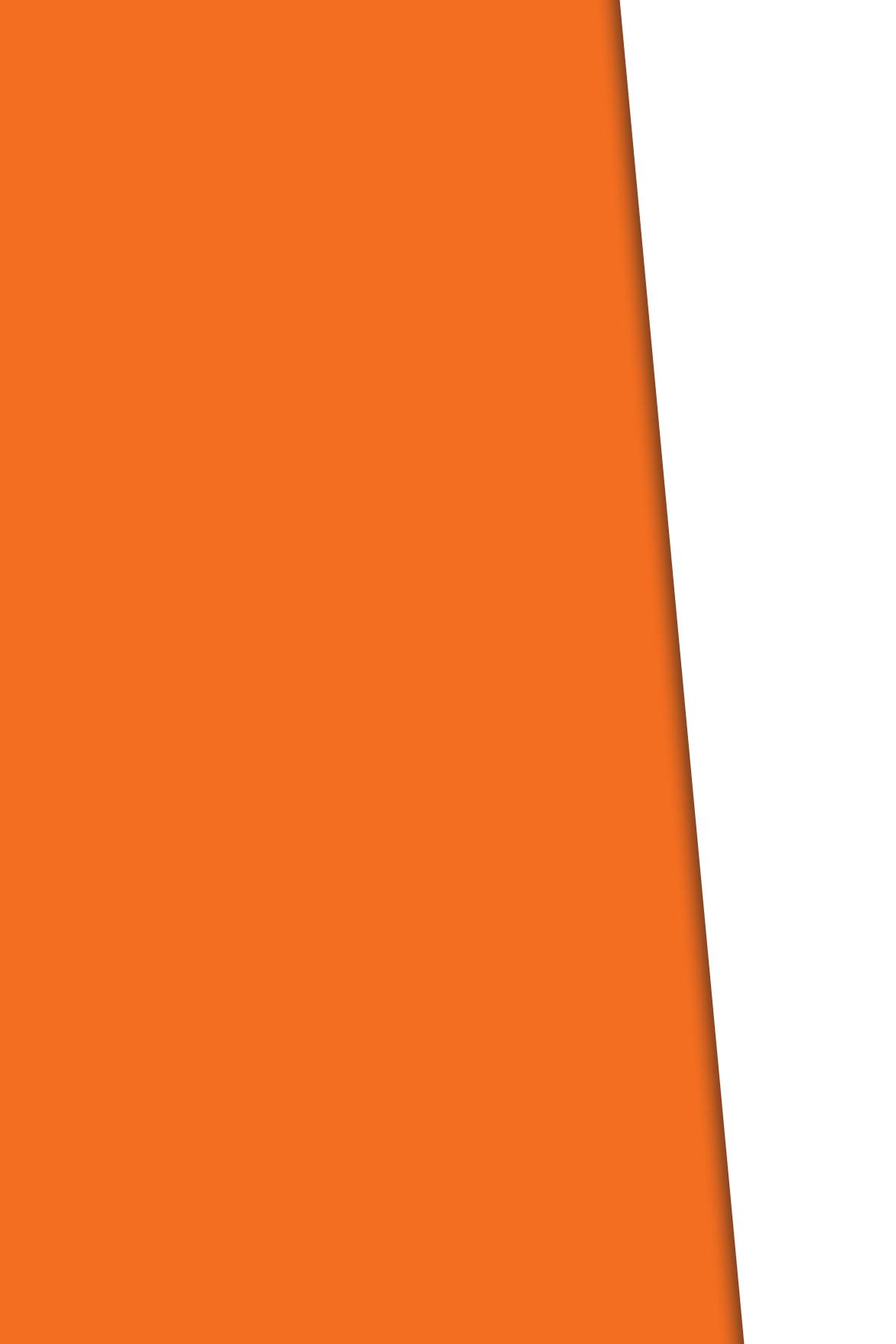
Plusieurs logiques

- Un fonctionnement en réseau intra- et extra-hospitalier ;
- Des prestations de santé ambulatoires ;
- Une équipe multidisciplinaire qualifiée.

Des missions

- Coordonner les activités en direction des populations vulnérables ;
- Coordonner les activités d'éducation thérapeutique du patient ;
- Mettre en place des actions de promotion de la santé pour les patients, le personnel, et la communauté ;
- Accompagner les services dans la mise en place d'activités d'éducation pour la santé et d'éducation thérapeutique du patient ;
- Concevoir et animer des formations à l'intérieur et à l'extérieur de l'hôpital ;
- Contribuer à la recherche.

Sur la base de ces expériences, un référentiel d'organisation de ces pôles, dont l'appellation est à trouver, permettrait à l'hôpital d'avoir un cadre de travail reconnu, visible, dont les activités pourraient être évaluées.



LES RECOMMANDATIONS



DÉVELOPPEMENT COORDONNÉ DE LA PRÉVENTION

Financement de la politique de santé publique au niveau régional

ENJEUX

Lisibilité et continuité sont deux impératifs pour permettre un développement de la prévention et pour sortir d'une gestion à court terme et aléatoire, pénalisante tant sur le plan de l'efficience que sur celui de la qualité.

DIAGNOSTIC - CONSTATS

Pour une très large part, les opérateurs de la prévention sont des associations. Ces dernières ont la responsabilité d'assurer au mieux leurs missions en étant force de recherche et de proposition, d'avoir des capacités d'initiative, d'être réactives face à de nouveaux besoins, d'encourager l'amélioration de la qualité de leurs actions, de renforcer les compétences de leurs bénévoles et de leurs professionnels. Lorsqu'elles sont gestionnaires, elles doivent pouvoir animer leur réseau et le développer en lien avec les politiques publiques.

Cela implique de reconnaître leur fonctionnement en intégrant, dans leur financement, une part de moyens – de nature fonctionnelle ou en tant que frais de structure – destinés aux activités de toute nature en amont et en préparation de leurs activités opérationnelles.

Pour les associations gestionnaires, en leur octroyant des frais de siège suffisants afin de s'assurer que, sur tous leurs sites, les obligations légales sont bien respectées, et pour optimiser la gestion par l'élaboration et la diffusion de procédures ou d'outils communs, sources d'économies d'échelle.

LA PRINCIPALE IDÉE REÇUE

La prévention ne coûte rien.

OBJECTIFS

OBJECTIF GÉNÉRAL

Rendre solvable les acteurs de la prévention.

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS OU SPÉCIFIQUES

- Identifier ce qui relève du dispositif structurel local, du dispositif d'initiative locale.
- Établir des outils de sélection, de suivi et d'évaluation des deux dispositifs.

THÈMES D' ACTIONS

■ L'établissement ou la confirmation de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), en faisant la distinction entre :

Les CPOM des services ou établissements de prévention autorisés et/ou agréés, reconnus comme structurants pour l'ARS ;

Les CPOM pour des actions renouvelées depuis au moins trois ans, et qui ont fait l'objet d'une évaluation positive ;

- Une base d'activités, ayant une visibilité d'au moins trois années, en phase avec des axes prioritaires, pluriannuelles de la politique régionale de santé ;
- L'établissement de conventions « glissantes » permettant le maintien d'une constante visibilité pluriannuelle, à partir d'évaluations annuelles et l'affichage *a priori*, de la durée et de l'état d'avancement des programmes ;
- Un budget minimal garanti sur la période, rendu possible par la signature d'une convention de financement.

Champs des CPOM :

- Les observatoires permanents de santé (en particulier les observatoires régionaux de la santé) ;
- Le financement et la mise en réseau des structures habilitées pour la vaccination, la lutte contre la tuberculose et les infections sexuellement transmissibles ;
- Les associations spécialisées en prévention : Cres, Ades, ANPAA, ANITEA ;
- Les associations de dépistage des cancers ;
- Les pôles de compétence des ARS ;
- Des projets territoriaux de santé de type ateliers santé-ville ;
- Des dispositifs d'accueil, d'écoute et de bilan médico-psychologique ainsi que d'orientation pour les personnes vulnérables ;
- Des actions de prévention ayant bénéficié d'une évaluation positive, etc.

Pour les actions ou les projets n'entrant pas dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, mise en place de procédures d'appels à projets (AAP) et d'évaluation :

- Construites sur un calendrier calé sur l'année civile, ce qui implique une date limite des dépôts des projets suffisamment avancée dans l'année pour permettre le traitement des demandes et la communication aux opérateurs d'une réponse définitive (favorable, défavorable, labellisation) avant le début de l'année de mise en œuvre du projet ou de l'action ;
- Élaborées sur la base d'objectifs, de cahiers des charges précis, d'outils d'évaluation et de budgets, communiqués aux opérateurs dès l'annonce de la fenêtre des dépôts des projets ;
- Les décisions de refus doivent être motivées tant sur les contenus des projets que sur leur financement.

Champs des AAP :

- Des actions d'éducation pour la santé, d'accompagnement et d'éducation thérapeutique, en réponse et en référence aux objectifs de santé de la région en direction des différents publics et implantés dans différents milieux de vie (addiction, prévention des maladies cardio-vasculaires, des violences et de leur impact sur la santé, suicide, santé-environnement, santé au travail, etc.).
- Des expérimentations.

OUTILS/CADRE

POUR LES CONVENTIONS PLURIANNUELLES D'OBJECTIFS ET DE FINANCEMENTS

Les critères de réussite de la contractualisation et de la pluriannualité des financements sont :

- La formalisation et la communication des critères de sélection des structures ou projets en CPOM, c'est-à-dire l'identification des acteurs de prévention pouvant être soumis à CPOM ;
- La définition de la commande publique en cohérence avec le plan ou les programmes, en cohérence avec les besoins des bénéficiaires intermédiaires ;
- La définition d'objectifs progressifs quantifiables sur trois ans avec une montée du niveau d'exigence ;
- La définition d'outils et d'un lieu de coordination et de suivi des CPOM au sein de l'ARS : un référent par CPOM, un comité de suivi des CPOM en lien avec les pilotes de programmes, un tableau de bord au-delà du suivi budgétaire.

POUR LES APPELS À PROJETS

Cahier des charges et des grilles d'instruction qualitative et quantitative des pratiques de type :

- Définition d'actions attendues par programme sur la base de fiches de référence ;
- Élaboration de fiches par axes, objectifs ou programmes du PRSP fixant les objectifs des actions, leur déroulement, les rôles et fonctions des intervenants, les territoires cibles, le mode d'intervention, etc. ;
- Exigence d'utilisation de référentiels et outils validés ;
- Exigence de rattachement de l'action à un projet territorial de santé ;
- Accompagnement méthodologique apporté par les pôles de compétence, centres ressources.

SOURCES DE FINANCEMENT POSSIBLES

- ARS
- Cofinancements :
 - au niveau local : MILDT, DRJSCS, Éducation nationale, collectivités territoriales, CPAM (dépistage organisé des cancers) ;
 - au niveau national : INPES, INCa, CNSA.

PARTENAIRES (CARTOGRAPHIE DES ACTEURS)

- Les opérateurs de prévention et d'éducation pour la santé.
- Les financeurs décideurs des politiques de santé publique.

DIFFICULTÉS/OBSTACLES

- Annualité du budget de l'ARS.
- Diminution des ressources destinées aux initiatives locales au profit des CPOM.

INDICATEURS

- Grille de sélection et d'évaluation pour AAP et CPOM.
- Cahiers des charges ciblés pour les AAP.
- Tableau de suivi des CPOM.
- Mise en place d'une procédure écrite interne à l'ARS pour la gestion des AAP et des CPOM.

POSSIBLES EFFETS ADVERSES

- Reconstitution systématique des CPOM, sans évaluation.
- Dispersion des actions et acteurs de prévention avec les AAP.

SOURCES/RÉFÉRENCES, EXEMPLES D' ACTIONS

- Cahier des charges des AAP des GRSP en 2007, 2008, 2009.
- Circulaire du Premier ministre n° 5193/SG du 16 janvier 2007 relative aux subventions de l'État aux associations et conventions pluriannuelles d'objectifs.

PISTES À EXPLORER POUR DES PROJETS NOVATEURS

Concernant l'organisation départementale des dépistages organisés des cancers, certaines évolutions pourraient être envisagées assez rapidement :

- Les caisses locales sont détentrices des fichiers des populations cibles. À ce titre, elles ont la possibilité, par l'intermédiaire des services médicaux détenteurs de la liste des malades en ALD, de retirer des fichiers d'invitation les personnes invitées porteuses de la maladie concernée. Elles auraient surtout l'opportunité et les moyens logistiques d'envoyer les invitations et relances aux populations cibles. Sur ce dernier point, la désignation d'une caisse pivot départementale serait cohérente.
- Dans le même esprit, il serait sans doute possible de confier la gestion administrative (dont il faudrait alors déterminer les contours) des dépistages organisés à une structure régionale qui pourrait être sous la responsabilité de l'Assurance maladie. On aurait là une opportunité d'économie et d'amélioration de la qualité sans pour autant changer les cahiers des charges actuels.
- Par contre, il serait nécessaire de maintenir au niveau départemental une « petite » structure plus autonome, chargée, outre de la deuxième lecture des mammographies, difficilement régionalisable actuellement, de la sensibilisation des populations cibles et des professionnels impliqués et gardant un lien étroit avec les « décideurs » locaux dont l'influence, proportionnelle à leur implication, doit rester déterminante.

Éducation thérapeutique du patient et accompagnement personnalisé

DIAGNOSTIC - CONSTATS

Comment fait-on pour développer l'éducation thérapeutique du patient ?

AU PLAN NATIONAL

Des lignes de financement existent notamment dans le cadre d'expérimentations.

Le Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires (FNPEIS) - action nationale

Le FNPEIS finance les centres d'exams de santé (CES). Dans 21 CES, une expérimentation d'éducation thérapeutique du patient (ETP) pour les patients diabétiques de type 2 est actuellement menée. L'expérimentation est réalisée à moyen constant en utilisant les ressources humaines et matérielles disponibles, en dehors du financement supplémentaire induit par la formation.

Les crédits État de la direction générale de la Santé (DGS)

En 2008, 330 000 euros ont été consacrés à des expérimentations nationales en éducation thérapeutique du patient¹.

1. Partenaires subventionnés : Alfediam et Fehap.

Les expérimentations relevant de l'article 44 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2008

L'article 44 de la LFSS pour 2008 permet de conduire des expérimentations, à compter du 1^{er} janvier 2008 et pour une période n'excédant pas cinq ans, portant sur de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé ou de financement des centres de santé, complétant le paiement à l'acte ou s'y substituant. Le module 2 de ces expérimentations intitulé « nouveaux services aux patients » propose de tester un paiement forfaitaire pour des programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP). Ces expérimentations seront financées sur le risque dès 2009. Sur le plan régional, les missions régionales de santé sont les partenaires de cette démarche.

Ce recensement n'inclut pas les subventions allouées aux acteurs de terrain dans ce domaine par les opérateurs, tel l'INPES, qui ne sont pas identifiées.

SUR LE PLAN RÉGIONAL ET LOCAL

Plusieurs sources de financement contribuent à financer les actions locales d'éducation thérapeutique du patient. Actuellement, les financements identifiés sont au *minimum* de **79 millions d'euros** ainsi répartis :

La MIG « prévention et ETP » (crédits Assurance maladie)

La mission d'intérêt général (MIG) intitulée « Actions de prévention et d'éducation thérapeutique relatives aux maladies chroniques, et notamment aux pathologies respiratoires, aux pathologies cardio-vasculaires, à l'insuffisance rénale, au diabète et au VIH » est allouée aux établissements de santé médecine chirurgie obstétrique (MCO), *via* les ARH sur une base contractuelle. Ces dernières ont alloué à ce titre **66,7 millions d'euros** en 2007. Ces crédits hospitaliers représentent de loin la source de financement la plus importante.

Sous réserve de répondre à un certain nombre de critères, rappelés dans le guide d'aide à la contractualisation sur les missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation (Migac), il est estimé que la prise en charge d'un patient entrant dans un tel programme hospitalier est de l'ordre de 250 euros toutes séances confondues. Chaque année, 160 000 patients bénéficient d'un programme hospitalier d'éducation thérapeutique, notamment sur le diabète².

Le FNPEIS - actions locales

En 2008, sur les 29 millions d'euros de budget réservés aux d'actions locales financées par les CPAM :

2. Exploitation de l'enquête sur l'éducation thérapeutique (circulaire n° DHOS/E2/F/MT2A/2008/236 du 16 juillet 2008 relative au financement de la mission d'intérêt général (MIG) « actions de prévention et d'éducation thérapeutique relatives aux maladies chroniques » et portant sur la mise en place d'un suivi de l'activité d'éducation thérapeutique dans les établissements de santé.

- **7 millions d'euros** ont été fléchés sur le financement de l'appel à projets relatif aux actions expérimentales locales d'éducation thérapeutique du patient réalisées en ambulatoire, présentés par des centres de santé, des maisons de santé, etc. Les pathologies chroniques ciblées prioritairement sont le diabète, l'insuffisance cardiaque et l'asthme ; 3 millions d'euros ont été effectivement alloués ;
- **5,5 millions d'euros** ont servi à financer le dispositif Sophia (dispositif d'accompagnement *via* une plate-forme téléphonique pour les personnes atteintes diabétiques).

Le FIQCS (Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins)

Il n'existe pas à ce jour de ligne dédiée au financement de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) dans le cadre du FIQCS. Toutefois, le FIQCS peut contribuer au financement de l'ETP au travers notamment de l'enveloppe dédiée au financement des réseaux de santé, qui permet de rémunérer les actes dérogatoires ou les actions de formation des professionnels de santé, et de l'enveloppe soins de ville (SDV), qui permet le financement des actions expérimentales concourant à l'amélioration et à la qualité des soins en ville.

En 2008, le FIQCS a participé au financement de 13 projets d'éducation thérapeutique du patient (hors réseaux) pour un montant moyen de 73 600 euros par projet soit 956 800 euros au total. Ces financements étaient dédiés à la partie formation et coordination des projets d'ETP pour les professionnels de santé libéraux.

Les crédits des GRSP non identifiés

Les GRSP³ cofinancent généralement des actions avec l'Assurance maladie ou d'autres partenaires sur un certain nombre de thématiques, dont l'éducation thérapeutique du patient dans certaines régions.

En 2008, 287 actions ont été financées par les GRSP au titre de l'éducation thérapeutique du patient pour un montant attribué après avis des conseils d'administration de 5,6 millions d'euros. Il s'agit d'une fourchette basse ; ce montant n'inclut pas les données de 6 régions, actuellement en cours de validation (Basse-Normandie, Bourgogne, Champagne-Ardenne, Guadeloupe, Midi-Pyrénées et Paca).

LES PERSPECTIVES ET RECOMMANDATIONS

La version actuelle du projet de loi HPST prévoit que l'ensemble des ressources de l'ARS sera constitué par des contributions de l'Assurance maladie (cela concerne donc certaines lignes du FNPEIS, mais pas exclusivement). Ainsi, l'ensemble des crédits mobilisés au plan régional, mentionnés précédemment, ont vocation à être mutualisés au sein d'une ligne budgétaire du fonds d'inter-

3. La dotation de l'Assurance maladie aux GRSP s'élève à 35 millions d'euros en 2008. Une part de ces crédits contribue à financer des actions locales d'éducation thérapeutique du patient.

vention des ARS. La mutualisation des fonds État/Assurance maladie, sous réserve de garantir leur utilisation ville ou hôpital selon leur origine, constituerait le socle commun du financement, auquel pourront s'ajouter les financements apportés par d'autres partenaires (agences, INCa, CNSA, INPES, organismes complémentaires, collectivités locales, entreprises privées, etc.).

L'ARS pourra établir une convention de financement avec les promoteurs des programmes qui auront fait l'objet d'une autorisation et qui répondront aux priorités régionales, aux besoins des patients et aux critères de maillage territorial, dans la limite de son enveloppe régionale.

À plus long terme, le financement de l'ETP passerait par de nouveaux modes de rémunération de professionnels de santé, à expérimenter comme le permet déjà la loi dans un premier temps (*cf. supra*, les expérimentations relevant de l'article 44).

PARTENARIAT (CARTOGRAPHIE DES ACTEURS)

À terme, compte tenu de la population potentiellement concernée par l'ETP (17 millions de malades chroniques) et du coût unitaire d'un tel programme⁴, la question de l'évolution croissante des besoins de financement se posera au fur et à mesure de la généralisation de l'ETP. Il paraît ainsi nécessaire d'encourager les partenariats et les cofinancements dans un cadre défini, ce qui est d'ailleurs d'ores et déjà prévu dans la version actuelle du projet de loi HPST.

Stratégie de partenariat développée par l'ARS

L'article L. 1434-15 de l'actuelle version du PLHPST prévoit notamment que «*la mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de contrats locaux de santé conclus par l'agence, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social*». Les contrats locaux de santé constitueront donc un véritable outil permettant d'encadrer les partenariats conclus par l'ARS. Dans le champ de la prévention, ils permettront de clarifier les rôles et financements des collectivités locales, des mutuelles, etc.

Stratégie de recherche de financement des promoteurs

La version actuelle du projet de loi HPST prévoit ainsi que les entreprises pharmaceutiques pourront également prendre part aux programmes d'ETP et actions d'accompagnement, notamment pour leur financement, à condition que ces programmes ou actions ne soient ni élaborés ni mis en œuvre par ces entreprises, et qu'il n'y ait pas de contact direct entre elles et le patient ou son entourage.

4. Pour donner un ordre de grandeur, la Cnamts indique dans son appel à projets FNPEIS 2008 un forfait de 250 euros par patient auquel s'ajoute le coût global de structuration du programme et de formation du personnel.

COMMENT AMÉLIORE-T-ON LA QUALITÉ DES PROGRAMMES D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT ?

Un décret précisera les compétences attendues des intervenants en éducation thérapeutique du patient.

Un arrêté fixera un cahier des charges national auquel seront soumis tous les programmes d'éducation thérapeutique du patient, en vue de leur autorisation par l'ARS. Ce document est actuellement en cours de rédaction.

Systèmes d'information géographique au service de la prévention

CONTEXTE

L'utilisation des systèmes d'information géographique (SIG) trouve de plus en plus de domaines d'application en santé publique. En effet, en plus de fournir une information visuelle qui peut être partagée, ils permettent d'associer des données relatives à la santé à d'autres types de données (sociodémographiques, environnementales, etc.) et d'en faire une analyse.

Dans le domaine de la prévention, ils ont plus récemment démontré toute leur utilité : les groupements régionaux de santé publique chargés de développer et rationaliser l'offre de prévention ont dû se doter d'outils d'observation, de communication et d'aide à la décision pour :

- définir des territoires prioritaires sur la base d'indicateurs territorialisés ;
- réaliser un constat de la localisation de l'offre de prévention ;
- donner des informations accessibles territorialisées sur l'offre de prévention pour développer les coopérations ;
- réorienter le cas échéant les actions et faire un suivi des résultats obtenus.

RÉSULTATS ATTENDUS

Planification

- Cibler les territoires prioritaires en déterminant les zones non couvertes par des actions de prévention et pour lesquelles des besoins ont été identifiés (mise en évidence des inégalités territoriales de santé) ;

- Permettre la reproductibilité des actions en les adaptant à d'autres territoires.

Coordination

- Coordonner les actions entre promoteurs sur les territoires cibles.

Évaluation

- Évaluer les réponses apportées en matière de prévention sur les territoires cibles ;
- Visualiser la répartition des subventions par territoire (calcul du montant de subvention par habitant).

Valorisation des actions de prévention

- Communiquer ;
- Permettre une lisibilité des actions menées.

MÉTHODE

La mise en place d'un système d'information géographique implique en amont une structuration des données à intégrer. C'est une étape nécessaire qui se révèle bien souvent bénéfique en termes de méthode de travail.

Cette structuration des données doit s'accompagner d'une réflexion quant à l'échelle territoriale de travail. L'expérience a montré que, lorsqu'il se révèle possible, le recueil des données à l'échelle communale est recommandé : la commune permet en effet l'agrégation des données et, par conséquent, l'adaptation de l'information aux différents découpages territoriaux utilisés en santé publique.

Ce mode de fonctionnement offre ainsi la possibilité de croiser les données relatives aux actions de prévention avec des informations relatives à l'état de santé recueillies dans le cadre de l'observation. Les SIG en prévention doivent donc permettre de faire le lien avec des outils d'observation, comme par exemple SCORE-Santé (site commun d'observation régionale en santé), développé par la Fnors (Fédération nationale des observatoires régionaux de santé) (<http://www.scoresante.org>).

EXEMPLES D'OUTILS DE CARTOGRAPHIE DYNAMIQUE DES ACTIONS DE PRÉVENTION

Les SIG ont déjà permis la mise en place d'outils cartographiques au service de la prévention :

- CAP Santé : outil du GRSP Auvergne (<http://www.grsp-auvergne.fr>). Cet outil a été mis en place en interne et a vocation à être un outil de pilotage des actions de prévention pour le GRSP Auvergne. Il permet de localiser à l'échelle communale les actions de prévention financées par le GRSP (soit 210 actions financées en 2008) par programme du PRSP et d'accéder aux

informations relatives à chaque action. Deux niveaux de lecture sont disponibles : un accès rapide permet d'obtenir les informations de base (promoteur, contact, descriptif de l'action, commune d'implantation) *via* une cartographie dynamique régionale. Les informations exhaustives sont disponibles *via* un lien relatif à chaque action donnant accès à une fiche détaillée (milieu d'intervention, publics cibles, montant de l'action, etc.). La cartographie distingue les programmes d'actions annuels et les dispositifs pérennes pour lesquels un descriptif des missions relatives aux conventions pluriannuelles est accessible *via* l'outil. La cartographie permet également un rapprochement avec les données d'observation sur la santé, comme par exemple les indicateurs ORS.

Cet outil à visée opérationnelle est devenu pour le GRSP un réel outil de pilotage des actions de prévention.

■ Oscars : outil du Cres Paca (<http://www.briques-sante.fr/paca/oscars/presentation.php>). Oscars est un outil d'observation et de suivi cartographique des actions régionales de santé. Il offre la possibilité d'accéder aux informations relatives, en priorité, aux actions financées par le GRSP et également par d'autres financeurs (collectivités, autres directions régionales, MILDT, etc.) et de les visualiser sur une carte. Trois niveaux d'intervention sont définis : commune d'intervention, portée territoriale de l'action et actions régionales. Oscars est compatible avec la version I de la DGS et permet une recherche sur critères (année, publics, programmes, thématiques, types d'actions et de structures et catégories basées sur l'outil de catégorisation des résultats de Promotion santé Suisse), sur l'ensemble des actions (2 250 en mai 2009). L'outil permet également un rapprochement avec les indicateurs de santé de l'ORS.

■ Cartographie des actions FNES (<http://www.fnes.fr/fnes/Actions/Cartographie/>) qui propose une base d'informations relative aux actions des comités d'éducation pour la santé menées sur la France, ainsi qu'une cartographie associée à l'échelle départementale.

■ SIG santé en Île-de-France, développé à l'IAURIF (Institut d'aménagement et d'urbanisme en Île-de-France) sous l'impulsion conjointe Drassif/Cramif/Urcamif/IAURIF et ORS, permet la mise à disposition de l'atlas de la santé sous la forme d'une carte dynamique auprès des organismes régionaux participant à l'observation sanitaire et sociale incluant une couche actions locales de santé.

CONTINUITÉ DE MISE EN ŒUVRE DES SIG AU SERVICE DE LA PRÉVENTION

Les SIG ont déjà démontré leur utilité dans le cadre de la structuration des dispositifs de prévention et les résultats obtenus seront directement exploitables par les agences régionales de santé.

Dans le cadre de la mise en place des ARS, qui poursuivront le travail de planification et d'évaluation des actions de santé publique, il sera nécessaire de maintenir et de faire évoluer l'utilisation des SIG dans les domaines de

la santé et de la prévention en assurant une bonne interopérabilité avec les outils et systèmes existants (citons notamment : « CartoSanté », à l'Urcam, et « Parhtage », à l'ARH).

Compte tenu de leur périmètre d'intervention, les ARS pourront de ce fait utiliser les SIG pour associer des données intersecteurs (offre de soins, offre de prévention, offre médico-sociale, etc.). L'articulation de ces outils permettra la mise à disposition de bases de données relatives à la prévention qui permettront de réaliser une cartographie des acteurs de la prévention. Ces bases offriront également la possibilité de sélectionner ces acteurs suivant les données d'observation, les besoins identifiés, suivant l'offre existante et les objectifs fixés en matière de prévention.

À l'heure où décloisonnement et transversalité apparaissent comme des éléments essentiels pour atteindre les objectifs fixés en santé publique, les SIG présentent un atout majeur au regard de leur adaptabilité en permettant l'articulation des différents découpages territoriaux définis suivant les thématiques de santé. Ils offrent également la possibilité de coordonner la prévention avec d'autres axes d'intervention et apportent un soutien précieux dans l'aide à la décision.



AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DE LA PRÉVENTION

Professionnalisation et compétences en éducation pour la santé et en éducation thérapeutique du patient

ENJEUX

Pour garantir la qualité des programmes et interventions en éducation pour la santé (EPS) et en éducation thérapeutique du patient (ETP) dans chacune des régions, divers leviers peuvent être envisagés : élaboration de cahiers des charges et de recommandations pour les actions, développement de la démarche qualité pour les porteurs de projets, contractualisation, planification, etc. Le développement de la qualité suppose également l'acquisition, le maintien et le développement des compétences des intervenants, professionnels ou bénévoles. La formation, tant initiale que continue, représente donc un enjeu majeur pour ce secteur.

La formation en EPS et en ETP est de plus en plus fréquemment reconnue comme une condition préalable pour pouvoir mettre en œuvre des actions d'EPS ou d'ETP.

DIAGNOSTIC - CONSTATS

Dans certains pays, tels que les États-Unis et le Canada, l'éducation thérapeutique du patient et l'éducation pour la santé correspondent à une formation et à un métier spécifiques. En France, il n'existe pas de métier spécifique d'éducateur pour la santé ou d'éducateur thérapeutique enregistré au Répertoire officiel des métiers (ROME). Il s'agit davantage d'une fonction qui recouvre un ensemble d'activités réalisées par des professionnels exerçant des métiers

dans les domaines sanitaire, social ou de l'enseignement et qui ont suivi des cursus de formation différents (médicaux, paramédicaux, sciences humaines et sociales, sciences de l'éducation, travail social, etc.).

La formation initiale en EPS et en ETP reste peu développée, bien qu'elle tende actuellement à se déployer : plus d'un tiers des régions françaises disposent d'une formation universitaire spécifique dans ces domaines. On recense environ une vingtaine de diplômés d'université, moins d'une dizaine de masters et deux licences professionnelles. En ce qui concerne l'intégration des enseignements en EPS et en ETP dans les formations médicales et paramédicales, les états des lieux réalisés¹ (Foucaud *et al.*, 2008) mettent en évidence qu'environ la moitié des structures de formation proposent un enseignement spécifique en EPS ou en ETP. Le nombre d'heures apparaît limité, avec une forte variation en fonction des professions et des structures (de 20 à 150 heures). On observe aussi une grande disparité des contenus d'enseignement entre les différentes professions et au sein d'une même profession.

Concernant la formation professionnelle continue, l'offre semble en forte croissance mais est assez hétérogène. Elle n'est pas recensée de façon exhaustive en raison de la multiplicité des dispositifs de formation.

Tant au niveau national qu'au niveau international, la notion de « compétence » est actuellement au cœur de toutes les démarches de développement des formations qui passent par leur explicitation et la formalisation de référentiels. Cette approche par compétences se distingue des approches « classiques » fondées sur une logique de contenus (thèmes/volumes horaires) ou sur une logique de dispositifs de formation. Elle est notamment reprise dans la convention de Bologne (1998). Cependant, il n'existe pas de référentiel de compétence en EPS et ETP en France fondé sur une méthodologie validée. Leur élaboration est une des priorités du Comité national consultatif de formation en éducation pour la santé, créé par décret du 16 janvier 2006. Il est chargé de formuler des recommandations sur le contenu des programmes de formation en EPS que l'INPES doit arrêter tous les cinq ans.

LA PRINCIPALE IDÉE REÇUE

Il est inutile pour les professionnels de se former en EPS et en ETP, car les compétences nécessaires pour intervenir dans ces domaines relèvent de l'inné (on est [naît] pédagogue ou pas) ou elles s'acquièrent seulement au fil du temps, par l'expérience.

1. Foucaud J., Moquet M.-J., Rostan F., Hamel E., Fayard A. *État des lieux de la formation initiale en éducation thérapeutique du patient en France. Résultats d'une analyse globale pour dix professions de santé*. Saint-Denis : INPES, coll. Évolutions, 2008, n° 12 : 6 p. <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1093.pdf>
Foucaud J., Moquet M.-J., Rostan F., Hamel E., Fayard A. *État des lieux de la formation initiale en éducation pour la santé en France. Résultats d'une analyse globale pour dix professions de santé*. Saint-Denis : INPES, coll. Évolutions, 2008, n° 10 : 6 p. <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1091.pdf>
État des lieux de la formation initiale en éducation pour la santé et en éducation thérapeutique en France. <http://www.inpes.sante.fr/FormationsEPS/enquete.asp>

OBJECTIFS

OBJECTIF GÉNÉRAL

Soutenir le développement de l'offre de formation en ETP et en EPS au niveau régional.

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS OU SPÉCIFIQUES

- Développer la formation en s'appuyant sur les éléments de cadrages disponibles au niveau national et international (référentiels de compétences en EPS et en ETP en cours d'élaboration).
- Rendre plus visible l'offre de formation en EPS et en ETP au niveau régional (base de données, répertoire).
- Intégrer un volet relatif à la formation en EPS et en ETP dans les états des lieux préalables à l'élaboration des différents schémas régionaux.

OUTILS/CADRE

- Bases de donnée formation.
- Boîtes à outils générales (boîte à outils pour les formateurs en éducation du patient), ou thématiques (Alzheimer, etc.).
- Actes du séminaire de Lille².
- Décret de la HPST sur les compétences en éducation thérapeutique du patient.
- Enquête formation.

SOURCES DE FINANCEMENT POSSIBLES

- Conseil régional
- ARS
- INPES

PARTENAIRES (CARTOGRAPHIE DES ACTEURS)

- Pôles de compétence
- Plates-formes ressources en ETP
- Patients et associations de patients
- Professionnels de santé, du social et de l'éducation
- Organisations représentatives des professionnels (URML, Conseils de l'ordre des médecins, des infirmiers, etc.)

2. Foucaud J., Balcou-Debussche M. dir. Former à l'éducation du patient : quelles compétences ? Réflexions autour du séminaire de Lille, 11-13 octobre 2006. Saint-Denis : INPES, coll. Séminaires, 2008 : 112 p.

- Établissements de formation (université, IUFM, institut de formation paramédicale et sociale, etc.)
- Organismes de formation continue (ANFH, FMC, FIFPL, etc.)
- Conseils régionaux
- INPES
- EHESP
- CNFPT
- FNES

■ DIFFICULTÉS/OBSTACLES/INDICATEURS

Comme il n'existe pas de « métier » spécifique, la formation n'implique pas une reconnaissance et un statut professionnel.

Le développement de la formation peut conduire à exclure les bénévoles et les acteurs associatifs qui doivent cependant pourvoir développer leurs compétences et voir leur rôle reconnu dans les programmes.

■ SOURCES/RÉFÉRENCES/EXEMPLES D'ACTIONS

- Référentiel des compétences pour les éducateurs santé aux États-Unis : <http://www.nchec.org/credentialing/responsibilities/>
- Formations dans les pôles de compétence.
- Formations pour les aidants à domicile.
- Formation nutrition et précarité.
- États des lieux (évolutions).

■ PISTES À EXPLORER POUR DES PROJETS NOVATEURS

Développer la recherche en formation en EPS et en ETP.

CNFPT, Centre national de la fonction publique territoriale : un Pôle national de compétence santé

Le CNFPT est un établissement unique, public, paritaire et déconcentré. Sa mission première est l'accompagnement des personnels des collectivités territoriales (soit 1,7 million d'agents), principalement par le biais de la formation.

Le CNFPT est composé de **34 structures déconcentrées** installées sur l'ensemble du territoire national. Chaque région est dotée d'une délégation régionale. De plus, le CNFPT dispose de quatre écoles nationales d'application des cadres territoriaux (ENACT), implantées à Dunkerque, Montpellier, Nancy et Angers, et d'une structure à Strasbourg qui prend en charge la formation des médecins territoriaux à leur entrée dans la territoriale.

Chaque structure déconcentrée est dotée de conseillers formation dont un au moins est dédié à la santé. Il s'agit d'ingénieurs en formation. Souvent, ceux-ci prennent également en charge le domaine social.

Pour accompagner ces conseillers formation, le CNFPT a mis en place une trentaine de pôles de compétence nationaux au regard des principales compétences thématiques des collectivités territoriales. À vocation nationale, ils sont hébergés dans les différentes structures du CNFPT.

Ainsi, le **Pôle de compétence santé** est hébergé par la délégation régionale Lorraine.

La mission nationale du Pôle santé consiste à :

- assurer un travail de veille sur l'évolution des politiques publiques, des métiers, des compétences et des activités ;
- accompagner les 34 structures déconcentrées, et en particulier les conseillers formation ;
- développer des ressources formatives.

ENJEUX

La santé publique relève du domaine des compétences des collectivités territoriales depuis le début du xx^e siècle. La loi du 15 février 1902 relative à la protection de la santé publique a consacré la présence des bureaux municipaux d'hygiène dans les communes.

Les villes, mais surtout les conseils généraux se sont vu confier des responsabilités en matière de santé, plus particulièrement dans la loi de décentralisation acte I, en 1983. Nombre de communes et de conseils généraux, du fait de leur proximité avec les habitants, sont amenés à mieux identifier les problèmes de santé et à agir pour préserver celle-ci. Pour cela, communes et conseils généraux développent des projets santé allant bien au-delà des compétences qui leur sont dévolues par la loi.

Dans le cadre de la décentralisation acte II, l'État a souhaité recentraliser une partie des compétences concernant la santé. Pour autant, certaines communes et certains conseils généraux ont souhaité les conserver et ont signé une convention avec l'État à cet effet. Par ailleurs, nombre de collectivités territoriales continuent de développer des programmes et des actions santé. Enfin, l'urbanisation, les réponses aux problèmes sociaux, l'éducation, la formation, les loisirs, les transports, etc., sont autant de domaines où les collectivités peuvent influencer directement l'état de santé des populations.

Le nombre de fonctionnaires territoriaux travaillant directement dans le champ de la santé est estimé à 40 000 personnes.

Ils sont répertoriés sur **17 métiers** : directeur de la santé publique, médecin clinicien, médecin de médecine professionnelle et préventive, pharmacien, sage-femme, infirmier coordonnateur, orthophoniste, puéricultrice, infirmier, kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricien, manipulateur d'électroradiologie, aide-soignant, auxiliaire puéricultrice, ingénieur en santé environnementale, technicien en santé environnementale, agent en santé environnementale. Les collectivités territoriales emploient également des personnes en CDD sur des missions d'animation et de coordination de projets locaux de santé.

On retrouve ces personnels de santé principalement dans les services suivants :

- Services de protection maternelle et infantile,
- Services communaux d'hygiène et de santé,
- Centres municipaux de santé,
- Services de médecine préventive pour les agents territoriaux,
- Services de santé scolaire pour 12 grandes villes.

OUTILS/CADRE

Le CNFPT propose aux agents territoriaux une « offre catalogue » de formations nationales, interrégionales ou régionales.

Il accompagne également les collectivités dans la construction de leurs plans de formation et élabore « en intra » des formations « sur-mesure ».

Il propose également des journées d'actualité, des colloques, séminaires, etc.

Les équipes du CNFPT peuvent élaborer des actions expérimentales avec leurs partenaires.

Les formations accompagnent l'entrée dans la fonction publique, le besoin de développer de nouvelles compétences à l'occasion de la mise en place de nouveaux dispositifs ou de nouvelles politiques publiques.

Dans le domaine de la santé :

Le CNFPT *via* le Pôle santé élabore chaque année une « fiche sectorielle » qui présente les facteurs d'évolution, les incidences professionnelles et les propositions de formation.

En 2008, ce sont plus de 1 000 programmes de formation qui ont été suivis sur l'ensemble du territoire.

Le CNFPT a reçu l'agrément pour la formation médicale continue pour les médecins salariés. Dans ce cadre, il a constitué un Comité national de pilotage scientifique et pédagogique qui assure le suivi de ces formations médicales continues (360 en 2007 et 2008).

Réseau des formateurs IUFM en éducation pour la santé

ENJEUX

- Formation des formateurs IUFM.
- Formation des formateurs d'enseignants (départements et régions).
- Développement de l'éducation à la santé dans les formations initiales et continues des enseignants.
- Diffusion des résultats de la recherche en éducation à la santé, publication.
- Élaboration de recherches-actions sur l'implémentation de dispositifs d'éducation à la santé dans les écoles, les collèges et les lycées.
- Élaboration d'outils de formation.
- Implémentation d'un réseau international des formateurs d'enseignants.

DIAGNOSTIC - CONSTATS

Malgré des textes officiels prônant le développement de l'éducation à la santé en milieu scolaire et le développement des comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC), les pratiques constatées en ES restent très minoritaires et largement orientées vers une approche biomédicale et des actions de prévention thématiques. Il existe peu de dispositifs de promotion de la santé à l'échelle des établissements malgré des actions en classe.

LA PRINCIPALE IDÉE REÇUE

Pour les enseignants, l'éducation à la santé relèverait de la compétence de spécialistes principalement issus du milieu médical.

OBJECTIFS

- Favoriser le développement de pratiques d'éducation à la santé et de promotion de la santé dans les classes et dans les établissements scolaires.
- Contribuer au développement d'une culture commune et de partenariat entre le milieu scolaire et les acteurs associatifs ou institutionnels d'éducation à la santé.

THÈMES D' ACTIONS (PRIORITÉS PROPOSÉES)

- Mettre en œuvre des formations de formateurs d'enseignants au niveau national, régional et départemental.
- Diffuser les résultats des recherches conduites en didactique de l'éducation à la santé.
- Permettre aux formateurs d'échanger leurs expériences et de les diffuser au niveau national.
- Contribuer à la mise en place dans le master des métiers de l'enseignement d'unités d'enseignement (UE) en éducation à la santé.
- Contribuer à la création dans chaque IUFM (école intégrée) d'un centre de ressources et de documentation sur l'éducation à la santé.

OUTILS/CADRE

Le cadre actuel de notre action est celui des universités en charge de la formation des enseignants, notamment les IUFM (écoles intégrées). Le réseau est soutenu par la Conférence des directeurs d'IUFM, qui lui confère sa légitimité et qui a désigné dans chaque IUFM un coordonnateur académique et mis des moyens spécifiques à disposition.

SOURCES DE FINANCEMENT POSSIBLES

- INPES, pour les actions de formation.
- Universités (écoles intégrées IUFM), pour les formateurs de formateurs, l'animation et la gestion du réseau, mise à disposition également de moyens matériels.
- MGEN, pour la mise à disposition de locaux (notamment les congrès bisannuels) et les réunions de coordonnateurs.

- CDIUFM, pour la mise à disposition de locaux, de moyens matériels et de personnels.

PARTENAIRES (CARTOGRAPHIE DES ACTEURS)

- Un coordonnateur par académie (31 répartis sur l'ensemble du territoire national, y compris les DOM).
- Un bureau national qui gère et dirige le réseau.
- Un groupe de projet composé d'enseignants chercheurs (PU et MCF), de formateurs IUFM (agrégés, certifiés et maîtres formateurs), qui détermine les orientations.
- Partenaires institutionnels : INPES, MILDT, ministère de l'Éducation nationale, Acsé et services de l'État.
- Partenaires associatifs : réseau des Codes et Fraes.
- Partenaires mutualistes : MGEN et Maif.

DIFFICULTÉS/OBSTACLES

- Évolution du système de formation des enseignants (masterisation).
- Méconnaissance des concepts fondamentaux en Éducation à la santé et promotion de la santé.
- Organisation du fonctionnement du système éducatif organisé selon les disciplines d'enseignement. Or, l'éducation à la santé est par nature transdisciplinaire, ce qui implique un changement important des représentations des cadres de l'Éducation nationale et des enseignants.

INDICATEURS

- Nombre d'actions de formation mises en place.
- Nombre de participants à ces actions.
- Mise en place de contenus relatifs à l'éducation à la santé dans les masters des métiers de l'enseignement.

PISTES À EXPLORER POUR DES PROJETS NOVATEURS

- Développement d'une revue francophone de recherche sur l'éducation à la santé (sous format électronique).
- Développement d'options de spécialité dans les nouveaux masters « métiers de l'enseignement ».

Autoévaluation de la qualité des actions en promotion de la santé menées par les associations

ENJEUX

L'agence régionale de santé a notamment pour mission 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. Dans ce domaine, le secteur associatif, dans la diversité et l'indépendance qui le caractérisent, s'est révélé, au cours des dernières années, une force incontournable d'expression des usagers (voire d'interpellation), et un acteur important dans le développement et la mise en place d'actions, souvent innovantes, en matière de prévention, de promotion de la santé et de soutien aux personnes malades. Pour information, en 2007, environ 3 500 associations menaient des actions de santé publique financées sur fonds publics (GRSP) et réparties sur l'ensemble du territoire.

Ce secteur est traversé de tensions : les associations faisant régulièrement part de leur précarité financière et professionnelle, les financeurs de leur côté évoquant la nécessité de renforcer l'évaluation pour mieux rendre compte des pratiques et des résultats et permettre une allocation optimale des fonds. Ces constats partagés sont à l'origine de la mesure 15, issue des États généraux de la prévention de 2006, qui a pour objectif de « faciliter la mobilisation des associations qui interviennent en prévention ». Elle comporte deux volets, l'un relatif à l'amélioration des modalités de financement (pilote par la DGS), l'autre, relatif à la mise en place d'une démarche qualité pour les associations (coordonné par l'INPES).

Le développement de la démarche qualité est ainsi à la convergence de plusieurs enjeux : favoriser la connaissance et la reconnaissance des associations par les partenaires, notamment institutionnels, et proposer de nouveaux modes de *management* interne aux associations pour s'inscrire dans une dynamique d'amélioration continue de la qualité. En ce sens, il constitue une opportunité pour un nouvel espace de dialogue interne et entre les différentes parties prenantes.

Au niveau régional, le développement de la démarche qualité est l'un des trois axes structurants permettant de renforcer la convergence entre les différents secteurs de l'ARS (soins, médico-social, prévention et promotion de la santé). Les deux autres axes sont le développement de la planification (instauration d'un schéma régional de prévention et d'éducation pour la santé) et la pluriannualité des financements (par exemple *via* des conventions pluriannuelles d'objectifs).

DIAGNOSTIC - CONSTATS

La qualité n'est pas une notion étrangère au champ de la promotion de la santé, elle figure clairement au cœur des préoccupations des acteurs associatifs qui en font un fil rouge, souvent implicite, de leurs actions. Cependant, alors que les démarches qualité structurées sont largement répandues dans le domaine sanitaire, notamment pour le système de soins (certification) ou dans le champ médico-social (évaluation interne prévue par la loi 2002.2), cette démarche reste émergente dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé en France.

Plusieurs particularités du secteur concerné peuvent contribuer à cette situation :

- une grande hétérogénéité des types d'interventions réalisées par les associations (publics, milieux de vie, thématiques de santé, territoire, etc.) ;
- une forte diversité des associations (locales, appartenant à un réseau national, en majorité formées de bénévoles, etc.) ;
- un nombre élevé de structures concernées (environ 3 500 associations financées par les GRSP en 2007) ;
- l'absence de documents généraux de cadrage des missions en promotion de la santé (pas de définition légale ou réglementaire des missions, à la différence du médico-social par exemple, pas de charte de référence, comme pour l'action humanitaire, etc.)
- une logique de financement par projet (appels à projets annuels) et peu structurelle ;
- le caractère multifactoriel, généralement différé ou non immédiatement perceptible, des résultats des actions de prévention, d'éducation pour la santé, de promotion de la santé ;
- les principes fondamentaux de la promotion de la santé (participation, intersectorialité, durabilité, etc.), qui doivent être pris en compte dans les méthodes et outils de la démarche qualité.

Actuellement, le développement d'outils et de méthodes pour l'amélioration continue de la qualité est perçu comme incontournable par les différents acteurs. Toutefois, tout comme cela a été le cas dans les secteurs sanitaire et médico-social, ce développement doit être envisagé de manière progressive et formative afin de garantir une adhésion maximale.

LA PRINCIPALE IDÉE REÇUE

Le référentiel d'autoévaluation est un outil pour la sélection des projets par les financeurs.

OBJECTIFS

OBJECTIF GÉNÉRAL

Améliorer en permanence la qualité du service rendu aux personnes et aux populations concernées par les actions en promotion de la santé mises en œuvre par les associations

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS OU SPÉCIFIQUES

Contribuer à :

- Un meilleur travail d'équipe et de communication interne dans les associations.
- Mettre en évidence les compétences acquises par les intervenants associatifs et les développer.
- Renforcer les capacités de négociation et de plaidoyer pour favoriser la reconnaissance des associations par les différents partenaires.

THÈMES D' ACTIONS (PRIORITÉS PROPOSÉES)

- Promouvoir une culture « qualité » parmi les associations et les institutionnels (intégration dans les formations, publications, journées d'information, etc.).
- Soutenir la mise en œuvre progressive et volontaire de démarches qualité dans les associations en s'appuyant sur le guide *Comment améliorer la qualité de vos actions en promotion de la santé ?* élaboré en partenariat avec des associations¹.

1. Commandable (réf. : 126-09713-B) et téléchargeable sur le site de l'INPES à <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/detailTPSP.asp?numfiche=1250>.

OUTILS/CADRE

LES OUTILS DISPONIBLES

■ *Comment améliorer la qualité de vos actions en promotion de la santé ? Guide d'autoévaluation construit par et pour des associations* (INPES, septembre 2009, 40 p.).

Coordonné par l'INPES et fruit d'un travail interassociatif, ce guide constitue un levier de sensibilisation pour soutenir l'introduction de la démarche qualité dans les associations. Il donne quelques repères pour une première approche de la qualité, quels que soient le type d'intervention, les publics, la taille de la structure, le territoire concerné ou les modalités de financement. Il ne s'agit pas d'un manuel d'accréditation ou d'un instrument de sélection des projets, mais d'un outil opérationnel permettant aux équipes de situer le niveau de qualité de leurs actions en promotion de la santé et d'améliorer progressivement leurs pratiques. Le guide pourra être utilisé à différents moments du projet. Il a été testé auprès de 40 associations fin 2008.

■ Ouvrage de la collection Référentiels (Éditions INPES – à paraître en 2010).

Conçu pour expliciter la méthodologie et les références retenues pour élaborer le guide d'autoévaluation. À destination des conseillers méthodologiques, formateurs et référents associatifs en charge du développement de la démarche d'amélioration de la qualité dans leurs associations.

LE CADRE

Dispositif d'accompagnement :

Impulsé par l'INPES en lien avec les associations membres du groupe de travail, il doit être en proximité (journées d'information, formation, soutien méthodologique de proximité, par exemple *via* les pôles régionaux de compétence en EPS). Cet axe pourrait figurer dans la convention INPES/ARS.

SOURCES DE FINANCEMENT POSSIBLES

Actions	Financier potentiel
Pilotage national du projet (suivi, actualisation et développement des outils)	Budget INPES
Mise en place de la démarche dans les associations	
niveau national	<ul style="list-style-type: none"> ■ INPES (subventions dans le cadre des appels à projets existants, convention FNES/INPES) ■ DGS (financement spécifique ou prise en compte de la démarche qualité dans le coût des projets ou financement structurel)
niveau régional	<ul style="list-style-type: none"> ■ ARS (financement spécifique ou prise en compte de la démarche qualité dans le coût des projets ou financement structurel) ■ Financeurs locaux (conseils régionaux, par exemple)
Accompagnement en proximité	Subvention pôles régionaux de compétence

PARTENAIRES (CARTOGRAPHIE DES ACTEURS)

- Associations : membres du groupe de travail national (Aides, ANITEA, ANPAA, Crips/Cirdd, Association française des diabétiques, Défi santé nutrition, FNES, MFPP, Holisme communication).
- Réseaux associatifs.
- Pôles régionaux de compétence en éducation pour la santé.
- DGS, ARS, collectivités locales, Conférence nationale de santé/conférences régionales de santé.
- Organismes de formation : EHESP, CNFPT, universités, etc.

DIFFICULTÉS/OBSTACLES

- L'hétérogénéité et la multiplicité des structures concernées.
- L'accompagnement du référentiel.
- L'utilisation à bon escient du référentiel.
- L'articulation avec les financements.

INDICATEURS

- Diffusion :
 - du guide (nombre d'exemplaires papier/téléchargés, typologie) ;
 - de l'ouvrage (nombre d'exemplaires).
- Dispositif d'accompagnement (nombre de journées de présentation, nombre et typologie des participants ; nombre de formations, nombre et typologie des participants).
- Communication (articles, communications lors de colloques, etc.).
- Appropriation (mesure de la connaissance et de l'utilisation de l'outil à N + 1).
- Analyse qualitative sur l'évolution des pratiques.

POSSIBLES EFFETS ADVERSES

- Accroissement du niveau d'exigence en termes de qualité des projets sans allocation de moyens.
- Utilisation des grilles d'autoévaluation dans une perspective de sélection des projets, ce qui neutraliserait la dimension formative et pourrait limiter l'investissement des associations.

SOURCES/RÉFÉRENCES/EXEMPLES D' ACTIONS

TEXTE DE RÉFÉRENCE GÉNÉRAL

Deccache A. Évaluer la qualité et l'efficacité de la promotion de la santé : approches et méthodes de santé publique et de sciences humaines. *Promotion et Éducation*, 1997, n° 4 : p. 10-14.

SUR LA DÉMARCHE MISE EN PLACE EN SUISSE

- Ackermann G., Studer H. L'art de la méthode. *Focus* 26, mars 2006 : 18-21.
http://www.quint-essenz.ch/fr/files/Focus26_CritQ.pdf
- Promotion santé Suisse. *Critères de qualité des projets*. Version 5.0. 2007.
<http://www.quint-essenz.ch/fr/dimensions>

EXEMPLE D'OUTIL ÉLABORÉ AU NIVEAU EUROPÉEN

European Project Getting Evidence into Practice, Netherlands Institute for Health and Disease Prevention (Institut néerlandais pour la promotion de la santé et pour la prévention des maladies), Vlaams Instituut voor gezondheidsprootie (Institut flamand pour la promotion de la santé). *European quality instrument for health promotion (EQUIHP)*. 2005.
<http://www.nigz.nl/gettingevidence>

Pôles régionaux de compétence en éducation pour la santé

Le pôle régional de compétence constitue une plate-forme de services destinée à fédérer les ressources et les compétences en éducation pour la santé de la région pour 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 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 ressources pour des porteurs de projets, de carrefour d'échanges (interinstitutionnels ou interréseaux) 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)¹. 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 pour le soutien de ces pôles, dont 7 millions pour l'année 2008. D'autre part, l'INPES anime depuis plusieurs années des réunions nationales et régionales permettant l'échange de pratiques entre pôles de compétence.

1. Circulaire du 22/10/2001 DGS n° 2001/504 relative à l'élaboration des schémas régionaux d'éducation pour la santé.

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/promotion de la santé (EPS/PS) 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 2008² 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 EPS, 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.

Forts 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 - CONSTATS

Toutes les régions ont à ce jour un pôle de compétence en EPS. 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 afin de 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 EPS et de communication, dans le but de rendre le pôle plus lisible et donc plus accessible.

2. Évaluation du dispositif national de mise en place des pôles régionaux de compétence en éducation pour la santé. INPES/Ernst et Young. Février 2009.

Bien qu'il ait souvent été confronté à des difficultés initiales de mise en œuvre, le pôle a permis de développer et de 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'EPS 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 lesquels il est en priorité tourné. 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 projet (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, évaluation).

- Structurer l'offre d'EPS (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'EPS 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 autres, soutien à l'évaluation des programmes et des actions, aide à la mise en place d'ateliers santé-ville, etc. ;
- s'agissant des outils d'intervention en EPS : analyse d'outils utilisés dans les actions ;
- s'agissant de l'appui documentaire : constitution de base de données commune 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 des compétences renforcées des acteurs des pôles 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 à 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 entre 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.

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.
- Financement 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.
- Les 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 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 services/ressources aux acteurs de proximité) ;
- mais également interventions directes sur le terrain.

La distinction entre ces deux types d'activités n'apparaît pas aujourd'hui 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 des 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, accessibilité et 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 structuration peuvent être comparés aux pôles régionaux de compétence en EPS 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 subsidiées 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 : ils accompagnent les 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 avec les associations présentes sur le terrain.

Les CLPS sont encadrés par un texte législatif 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 et national selon le cas, leur organisation, leurs 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 FIQCS (Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins, qui finance les réseaux de santé). Ils font l'objet d'une procédure de reconnaissance, liée notamment à l'atteinte des objectifs fixés conventionnellement, sous la responsabilité de l'INCa.

CONCLUSION

Dans la nouvelle organisation des ARS, les pôles de compétence en éducation et promotion de la santé doivent continuer leurs missions d'appui en s'adaptant par un dispositif conventionnel à la nouvelle gouvernance régionale.



**ARTICULATION AVEC
LES AUTRES POLITIQUES**

Territorialisation de la politique de prévention dans le cadre des ARS

Propositions de méthode et d'organisation

CONTEXTE

Les régions Auvergne, Bretagne, Centre et Nord-Pas-de-Calais présentent des historiques et des contextes différents concernant la mise en place d'une territorialisation de leur politique régionale de prévention et de promotion de la santé.

Pour certaines, cette démarche a été initiée dès 2001-2002. Pour les autres, la prise en compte des territoires dans la mise en œuvre de la politique régionale de santé publique a été plus tardive et a été intégrée dans la mise en œuvre des PRSP, plutôt sous forme d'expérimentations.

Bien que des différences aient été constatées entre les régions, concernant la mise en œuvre d'une territorialisation, des recommandations ont pu être dégagées.

ENJEUX : POURQUOI TERRITORIALISER ?

Diminuer les disparités infrarégionales et dynamiser les territoires peu dynamiques, où les porteurs de projets sont peu nombreux, malgré l'existence de mauvais indicateurs de santé

La santé, au sens d'une promotion d'une qualité de vie et de services, est un atout à valoriser pour l'attractivité d'un territoire. Les actions à mener doivent tenir compte des contextes locaux, des atouts et des difficultés de chaque terri-

toire. La territorialisation représente un axe d'intervention essentiel dans la lutte contre les inégalités en permettant la prise en compte des inégalités d'accès géographiques, culturelles et sociales à des services.

Mettre en œuvre la politique régionale au plus près du terrain

Ceci, notamment dans les régions très densément peuplées (exemple du Nord-Pas-de-Calais) comme dans les régions à dominante rurale où les moyens de communication sont plus difficiles. La politique de santé publique ne trouvera son efficacité que par une approche différenciée des territoires, en recherchant les niveaux d'échelles les plus adaptées au développement des actions. La connaissance partagée du territoire entre les acteurs, publics et privés, et les habitants sur les conditions locales de vie quotidienne pour toutes les catégories de la population est nécessaire pour mettre en œuvre les priorités régionales de façon adaptée.

Sensibiliser et mobiliser tous les acteurs locaux aux priorités de santé publique

L'initiative de l'action de santé publique peut relever d'un grand nombre d'acteurs, publics et privés, chacun ayant vocation et légitimité à agir : collectivités territoriales, professionnels et établissements de santé, d'accueil, d'hébergement des personnes âgées et des personnes handicapées, associations, entreprises, écoles, etc. Cependant, ces initiatives doivent être coordonnées de façon méthodique dans le cadre d'un projet territorial de santé.

Décloisonner et mettre en synergie les différentes politiques publiques

L'ensemble des déterminants de santé (comportements, environnement, conditions d'accès à la prévention et aux soins) doit être pris en compte et les questions de santé doivent être intégrées à un projet de développement plus global. Il est nécessaire de rechercher la convergence et la synergie des différentes politiques publiques par des actions à conduire à court et à moyen termes dans le cadre d'un programme opérationnel coordonné.

Favoriser des territoires de projets dans une logique ascendante prenant en compte les besoins des habitants

Cette démarche se complète à la logique descendante, qui se traduit par la définition de priorités régionales appliquées ensuite au niveau local. Si cette logique permet une certaine égalité de traitement entre les territoires, elle doit néanmoins prendre en compte les besoins territoriaux des habitants grâce à l'appropriation de la thématique santé par les acteurs locaux.

LE RÔLE DES DIFFÉRENTS NIVEAUX DE TERRITOIRE

LE NIVEAU RÉGIONAL

- Détermine les priorités, en déclinant les programmes nationaux et en tenant compte des spécificités régionales ;
- Met en cohérence les différents programmes dans le cadre du Plan régional de santé publique ou du futur schéma régional de prévention ;
- Se dote d'instances de concertation et de décision (GRSP actuellement, commission de coordination prévention et comité de surveillance dans le cadre de l'ARS) ;
- Organise la territorialisation, définit les territoires, en concertation avec les collectivités locales ;
- Veille à l'équité infrarégionale ;
- A un rôle d'expertise et de conseil, d'apport de la méthodologie et d'élaboration des cahiers des charges destinés à cadrer la politique régionale ;
- Met à disposition des territoires les études et statistiques disponibles ;
- Organise les formations nécessaires pour professionnaliser les acteurs de santé publique ;
- Organise l'accès aux ressources documentaires et pédagogiques (en lien direct avec cette professionnalisation), dans la continuité des schémas régionaux d'éducation pour la santé ;
- Gère les enveloppes régionales et les répartit sur l'ensemble du territoire régional ;
- Met en œuvre un système d'information ;
- Évalue la mise en œuvre du Plan régional de santé publique ou schéma régional de prévention.

LE NIVEAU DÉPARTEMENTAL

Du fait de leurs compétences et de leurs moyens d'action à travers leurs personnels sociaux et médico-sociaux, les conseils généraux ont un rôle important à jouer en matière de santé publique, quand on sait que les déterminants de santé sont très liés aux conditions sociales. Les préfets de département sont également garants de la cohésion sociale.

C'est donc le niveau départemental qui a jusqu'à présent assuré la cohérence entre les politiques sociales et les politiques de prévention.

Il était également bien placé pour accompagner les territoires infradépartementaux dans leur structuration, au moyen notamment de référents Ddass ou CPAM.

Dans le cadre des ARS, son rôle doit évidemment être réexaminé, en fonction des missions qui seront confiées aux futures délégations départementales.

Le niveau local :

- Élabore le programme territorial de santé ;
- Accompagne les acteurs locaux ;

- Suscite de nouveaux projets ;
- Relie la communication auprès des acteurs ;
- Assure la cohérence locale des politiques des différents acteurs institutionnels (Éducation nationale, politique de la ville, collectivités locales, etc.).

QUELS TERRITOIRES ADOPTER POUR TERRITORIALISER ?

Les territoires de mise en œuvre de projets territoriaux diffèrent selon les régions. Les territoires choisis sont notamment les bassins de vie, généralement associés à une zone d'emploi, ou les pays.

Le pays paraît être un territoire particulièrement pertinent dans la mesure où il est caractérisé par une cohésion géographique, économique, culturelle ou sociale. Il est composé d'un projet de développement économique et social durable et d'un projet de service qui fédèrent l'ensemble des partenaires locaux, élus comme acteurs professionnels. C'est un territoire de projet qui est le lieu d'élaboration d'une stratégie de développement durable.

Dans le cadre de l'ARS, le choix des territoires-relais de l'action de l'ARS devrait se faire au niveau du pays, de la communauté d'agglomération ou du groupement de communautés de communes, qui constituent des territoires suffisamment importants, correspondant à des lieux de vie collectifs structurés, conformes à des réalités politiques, économiques, sociales et environnementales, à partir desquels peuvent être élaborés des projets de santé locaux.

Afin que la politique de santé publique s'insère dans une politique globale, il est nécessaire que ce niveau soit doté d'une représentation politique ayant une compétence générale.

Il est également important que le territoire choisi ne soit pas incohérent avec les territoires d'organisation des soins et du médico-social.

L'ÉLABORATION D'UN PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ

LE DIAGNOSTIC TERRITORIAL DE SANTÉ

Le diagnostic est la première étape avant toute planification du projet. Il s'agit d'une phase exploratoire qui va permettre d'identifier les besoins et les demandes de santé sur un territoire, de repérer les réponses existantes (actions de prévention, réseaux d'acteurs, dispositifs, etc.), de cerner la problématique et de rassembler l'ensemble des données qui seront utiles à la mise en œuvre du projet.

Il croise les regards et les logiques des acteurs en s'inscrivant dans une démarche participative intégrant les professionnels et les habitants du territoire. Cette étape est essentielle pour construire un argumentaire pertinent et convaincant qui permette de recueillir l'adhésion des différents partenaires sollicités pour le projet.

Le diagnostic est le fondement du projet territorial de santé, sa justification. Il doit permettre de déboucher sur des recommandations et un programme d'actions (*cf.* fiche : « Le diagnostic local de santé : un peu de méthode », page 141).

L'ÉLABORATION DU PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ

L'élaboration des objectifs :

Une fois la situation à améliorer bien définie, il importe de déterminer les actions prioritaires. Ces priorités peuvent être hiérarchisées.

Les objectifs à atteindre sont exprimés en termes de bénéfice pour une population ciblée et non d'actions (à ce stade).

Les actions, activités à mettre en œuvre et les ressources à mobiliser :

Chaque action doit être rattachée à un objectif. Sa description doit comporter : l'objectif de référence, la population concernée, les modalités de réalisation, les partenaires et les financeurs, le plan de financement et le calendrier de réalisation, l'évaluation.

Le plan d'évaluation du programme :

L'évaluation doit s'envisager dès le début et tout au long du projet. Il s'agit de mettre en place une dynamique qui accompagne le processus et enrichit la réflexion.

Le plan doit comporter une évaluation des résultats, et notamment du degré d'atteinte des objectifs, et une évaluation du processus (respect des procédures, des délais, du déroulement des activités, des budgets, degré d'implication des acteurs locaux, etc.).

Cette évaluation est réalisée sous la responsabilité du comité de pilotage.

La mise en place d'un programme de santé territorial nécessite du temps (au moins trois ans). Il est nécessaire de prendre en compte cette dimension dans l'évaluation du programme.

LA STRUCTURE PORTEUSE DE LA DÉMARCHE

Il doit s'agir prioritairement d'une autorité publique locale, comme une collectivité territoriale (communauté de communes, communauté d'agglomération, conseil général) ou un pays. Elle aura ainsi toute la légitimité pour porter et piloter cette démarche dans le cadre d'un projet territorial.

ARTICULATION DU PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ

Les programmes, dispositifs, actions, établissements, services et associations existant en matière de santé publique pourront être mobilisés dans le cadre de l'élaboration du programme territorial de santé.

Le programme territorial pourra intégrer :

- La déclinaison locale des programmes régionaux de santé ;
- Le volet « santé » des contrats urbains de cohésion sociale ;
- Des programmes locaux de santé existant sur le territoire (conseil général, etc.) ;
- Les actions de santé promues par l'État, notamment l'Éducation nationale, les collectivités territoriales, et mises en œuvre par l'ensemble des acteurs de santé.

Par ailleurs, la politique de santé doit être appréhendée de façon globale et transversale afin d'agir sur les déterminants de santé (environnement, mode de vie, éducation, etc.). Le programme territorial de santé cherchera donc à s'articuler avec les politiques intersectorielles locales (emploi, logement, aménagement de l'espace, urbanisme, sécurité, etc.).

LES INSTANCES DE PILOTAGE ET DE SUIVI

Le comité de pilotage du programme territorial de santé :

Il est composé de membres institutionnels et financiers (État, Assurance maladie, conseil général, conseil régional, communes et intercommunalités, URML).

Il a pour mission de :

- Valider le diagnostic, le plan d'action, l'évaluation et les bilans d'activité ;
- Veiller à la cohérence entre les niveaux local, départemental et régional ;
- Envisager les financements de fonctionnement et des projets d'action.

Le comité technique ou comité de suivi du programme territorial de santé :

Il est composé des techniciens des partenaires du comité de pilotage et des représentants de partenaires locaux (associations, professionnels, habitants, etc.). Il est animé par le coordonnateur.

Il a pour mission de :

- Accompagner le coordonnateur dans l'élaboration du programme territorial de santé et le suivi de sa mise en œuvre ;
- Participer à l'évaluation du programme territorial de santé.

L'ANIMATEUR TERRITORIAL DE SANTÉ

La réalisation du projet territorial de santé implique le recrutement d'un animateur territorial de santé.

Il aura notamment pour missions de :

- Mobiliser des moyens pour réaliser un diagnostic partagé et l'actualiser ;

- Formaliser un projet local de santé ;
- Mobiliser les acteurs locaux dans la mise en œuvre des actions, sur la base d'objectifs précis, concrets et évaluables ;
- Impliquer la population, les usagers ;
- Favoriser les échanges entre les acteurs et la diffusion de bonnes pratiques ;
- Être un appui de proximité pour les porteurs de projet ;
- Développer la prise en compte des enjeux de santé publique dans les politiques locales.

Afin de mener à bien l'ensemble de ces missions, l'animateur territorial de santé devra être identifié et reconnu au sein du territoire par l'ensemble des acteurs (cf. fiche : « Le recrutement d'un animateur territorial de santé », page 144).

CONTRIBUTIONS TECHNIQUES RÉGIONALES

MODALITÉS DE FINANCEMENT ET CRITÈRES D'ÉLIGIBILITÉ

Les financements accordés sont destinés à couvrir les dépenses liées aux frais d'étude et de personnel (animateur territorial de santé).

Ils doivent s'inscrire dans une convention pluriannuelle (trois ans) avec le porteur du projet territorial de santé.

AIDE À LA PROFESSIONNALISATION

Le niveau régional apporte une aide aux animateurs de santé recrutés sur chaque territoire pour élaborer et suivre les projets territoriaux de santé. Elle peut se traduire par :

- Une formation-action organisée pour tous les animateurs ;
- Des réunions régulières des animateurs tant au niveau régional que départemental ;
- Des formations ciblées, en lien avec le pôle de compétence régional en éducation pour la santé ;
- Etc.

OUTILS MIS À DISPOSITION

Le niveau régional peut également mettre des outils à disposition des acteurs d'un programme régional de santé :

- Un guide sur la démarche de territorialisation en promotion de la santé : cahier des charges, instances, outils, profil de l'animateur, etc. ;
- Un guide méthodologique des actions de santé publique élaboré avec le pôle de compétence régional en éducation pour la santé ;
- Des indicateurs statistiques fournis par territoire, avec l'aide notamment de l'ORS et des services statistiques de l'ARS ;
- La base de données des projets.

QUELLES LEÇONS TIRER DE L'EXPÉRIENCE DES QUATRE RÉGIONS ?

LES POINTS FORTS DE LA TERRITORIALISATION SONT :

- Une meilleure connaissance des réalités des territoires, des problématiques locales de santé, des acteurs de terrain, de l'ensemble des actions.
- Une véritable approche de santé publique partagée.
- Une mobilisation forte des acteurs locaux.
- Une démultiplication de la culture de santé publique sur un grand nombre d'acteurs.

LES POINTS FAIBLES :

- Le constat de la faiblesse de participation des habitants.
- La complexité du dispositif qui devient moins lisible et consommateur d'énergie.
- La difficulté de transfert de savoir et de savoir-faire, la difficulté de faire passer les changements importants de politique.
- Le délicat maintien de la cohérence régionale.
- L'objectivité technique à préserver pour mieux faire face aux pressions locales non justifiées.

LES CONDITIONS DE RÉUSSITE DE LA DÉMARCHE DE TERRITORIALISATION :

C'est une démarche « au fil de l'eau », elle s'est construite en marchant, elle doit se poursuivre de la même façon, avec les adaptations nécessaires au PRSP et au futur projet régional de santé.

La cohérence régionale doit être poursuivie pour atteindre les objectifs fixés et éviter la dispersion incontrôlée sur les territoires.

Les transferts de savoir sont à poursuivre et à réactualiser sans arrêt, notamment du fait du renouvellement constant des acteurs. Il ne faut jamais relâcher ses efforts à ce sujet.

Il faut également continuellement veiller à préserver une concertation rapprochée entre niveaux local, départemental, régional et national.

Il faut parvenir également à articuler les logiques descendante à forte spécificité (souvent thématique) et ascendante d'approche plus globale émanant des besoins de proximité (prise en compte des aspects social, environnemental, etc.).

DANS LE CADRE DE L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ

Pour l'avenir, il s'agit de revoir l'ensemble du dispositif en tenant compte des futures ARS. De multiples questions se posent :

- Le positionnement des coordonnateurs qui ont été recrutés soit par l'État (sur des crédits d'intervention du GRSP), soit par un conseil général, soit mis à disposition par l'Assurance maladie ou même par une communauté d'agglomération (Nord-Pas-de-Calais).
- Le rôle des comités de pilotage locaux (Nord-Pas-de-Calais).
- La transversalité à assurer avec la politique des soins, notamment ambulatoires (maisons de santé pluridisciplinaires), et médico-sociale.

Des équipes pluridisciplinaires locales seraient à constituer, représentant les différents champs de l'ARS (prévention, médico-social, soins ambulatoires et hospitaliers), quitte à ce qu'elles soient regroupées par groupements de territoires correspondant aux niveaux des territoires d'offre de soins (au sens du Sros). Ces nouveaux territoires devraient être définis après avis des collectivités locales, comme cela a pu être initié par les DRASS puis les GRSP.

En tout état de cause, c'est au niveau régional qu'appartiennent les décisions finales et c'est au niveau régional de s'assurer que les projets locaux de santé respectent bien les axes stratégiques du projet régional de santé et de ses différents schémas et programmes, et qu'ils sont élaborés avec l'expertise et la méthodologie appropriées. Cette mise en cohérence permanente nécessite des échanges au quotidien, sous toutes les formes (réunions de cadrage et d'information, mails, appels téléphoniques, etc.), relayés peut-être par les futures délégations territoriales de l'ARS, qui seront plus proches du terrain.

L'articulation entre les territoires doit être pensée selon l'image des poupées gigognes, les projets locaux de territoires devant s'intégrer dans les territoires d'offre de soins et respecter le projet régional de santé, l'ARS devant au préalable définir quels seront ces territoires infrarégionaux. Cette articulation doit se faire concomitamment de façon descendante mais aussi ascendante, les territoires de projets devant alimenter le niveau régional dans l'élaboration du projet régional de santé et de ses schémas et programmes.

L'observation des territoires doit se faire avec une méthodologie commune à tous les territoires et l'appui d'experts en statistiques et en épidémiologie.

Articulation entre contrat local de santé et projet local de santé : dans le cadre d'un projet local de santé élaboré au niveau du territoire et validé par la conférence de territoire, des contrats locaux de santé peuvent alors être signés, soit avec les pays, les communautés d'agglomération ou groupements de communautés de communes, soit à un niveau plus fin, avec des communes par exemple. Mais ce contrat local de santé devra respecter le projet local de santé. C'est, encore une fois, le principe des poupées gigognes.

L'articulation entre conférences de territoires, conférence régionale de santé et commissions de coordination (dans le domaine de la prévention et dans le domaine médico-social) est à penser également selon les mêmes principes : poupées gigognes, démarche ascendante et descendante. Le niveau régional est garant de cette articulation.

Assurance maladie (régime général) et prévention

Un continuum prévention-soins à capitaliser

CONTEXTE

Depuis la mise en place de la Sécurité sociale en 1945, la prévention est intégrée dans les missions du régime général : CPAM, Cram et, plus récemment, les directions régionales du service médical en assurent la mise en œuvre. La gestion du risque quant à elle est apparue dans les années 1990 lorsque le poids des dépenses de santé, en évolution constante chaque année, faisait craindre un effondrement du système. Son expérience est donc plus récente. Néanmoins toutes deux sont aujourd'hui très imbriquées et complémentaires.

Avec la mise en place de la loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » (HPST) et des agences régionales de santé (ARS) se pose la question de la poursuite par les caisses locales des actions de promotion de la santé et de prévention médicalisée.

Nul doute qu'une impulsion régionale au niveau des ARS sera attendue dans le prolongement des actions initiées ces dernières années dans le cadre de la mise en œuvre des plans régionaux de santé publique par les groupements régionaux de santé publique.

Les actions des organismes d'assurance maladie, tous régimes confondus, devront contribuer à l'atteinte des objectifs du projet régional de santé dans le cadre de la déclinaison des programmes nationaux de prévention des caisses nationales. À ce titre, les caisses locales joueront un rôle privilégié en tant que partenaire et promoteur local incontournable.

LES ENJEUX

LES ENJEUX POLITIQUES ET STRATÉGIQUES

La prévention ne doit pas être oubliée dans le cadre du programme pluriannuel de gestion du risque en santé. Plus qu'un additif conjoncturel dont on se servirait par opportunité, la prévention s'articule avec tous les aspects de la gestion du risque. Le grand public a montré au travers des différentes campagnes nationales, citons pour exemple « Les antibiotiques, c'est pas automatique », combien il adhérerait.

Les professionnels de santé s'engagent également plus volontiers pour l'objectif « soigner mieux en dépensant mieux » dès lors qu'il est abordé en termes de santé publique et de prévention.

Si les actions de prévention ne figuraient pas dans la toute première convention médicale nationale, leur place est acquise dans chacune des dernières depuis une vingtaine d'années. En effet, la réforme de 2004 de l'Assurance maladie, avec l'introduction du médecin traitant et très récemment le contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI), a repositionné le rôle et la place de la prévention dans l'activité des médecins généralistes.

Par ailleurs, les actions de prévention mises en œuvre dans le cadre de la régulation sont en proximité des acteurs et des publics. Elles permettent de fédérer ces acteurs autour de l'Assurance maladie, sans distinction du régime d'appartenance des assurés protégés et en intervenant sur les trois types de prévention, dans une perspective réfléchie, coordonnée et planifiée.

LES ENJEUX D'ASSUREUR SOLIDAIRE EN SANTÉ

Il devient difficile pour les professionnels de santé de mémoriser ce qui est conduit par un régime en termes d'actions de régulation et en termes de prévention ; par exemple, en matière de santé bucco-dentaire : des programmes existent pour des publics de tranches d'âge pas tout à fait identiques et les formalités adjacentes divergent. Difficile dès lors de s'y retrouver, même pour les professionnels les plus convaincus !

Afficher des messages de prévention identiques, tant sur les publics visés que sur les actions conduites, permet d'influencer positivement, d'une part les comportements des bénéficiaires et d'autre part d'agir avec les professionnels de santé sur l'évolution de certains postes de dépenses (citons pour exemple le bilan bucco-dentaire, la campagne de vaccination contre la grippe ou le dépistage des cancers).

Plus que jamais, pour un assureur solidaire en santé, dont le leitmotiv n'est pas de dépenser moins mais de dépenser mieux en direction des populations qui en ont vraiment besoin, régulation et prévention doivent se compléter pour viser l'efficacité. Prévenir aujourd'hui, c'est limiter l'apparition de certaines pathologies ou en diminuer les effets pour que demain les dépenses soient plus faciles à supporter.

LES ENJEUX ÉCONOMIQUES

Ils sont réels et importants, tant sur le volume des actes concernés que sur les montants financiers globaux. Les exemples conduits dans d'autres pays européens, où les actions de prévention occupent depuis longtemps une place tout aussi prépondérante que celle de la régulation, le prouvent.

L'exemple le plus flagrant aujourd'hui en France est sans aucun doute celui de la vaccination anti-grippale, qui génère dans un premier temps une limitation des visites ou des consultations faites par les généralistes. Le surbooking saisonnier, tant dénoncé par les professionnels, se voit ainsi mieux géré. Dans un second temps, en limitant les arrêts de travail, les dépenses d'indemnités journalières, qui grèvent considérablement le budget, sont endiguées tandis que sur le plan purement économique la santé des entreprises subit moins d'aléas conjoncturels, qui fragilisent toujours la capacité à honorer, dans les délais, les carnets de commandes. Or beaucoup de départements se caractérisent par des entreprises de moins de 10 salariés où un absentéisme de 50 % réduirait considérablement la force de production, voire la pérennité, de l'entreprise.

LES ENJEUX SOCIÉTAUX

Il s'agit, au travers de l'implication des différents acteurs, de développer une attitude citoyenne, chacun devant se préoccuper d'un système dont la survie n'est pas acquise. Ainsi, si chacun estime qu'il est dans son droit de prescrire pour l'un, ou de bénéficier de la prescription pour l'autre, sans avoir à changer ses comportements de prescripteur ou de consommateur avisé, alors l'affaiblissement tant annoncé du régime de protection sociale (prévention et gestion du risque) interviendra indubitablement.

L'implication des bénéficiaires dans la prévention est décuplée, les dernières campagnes nationales le prouvent, lorsque le message est relayé et appuyé par le médecin traitant. D'ailleurs les dernières campagnes nationales prennent fortement appui sur le slogan « Parlez-en à votre médecin ».

Chacun en jouant son propre rôle, l'un celui du prescripteur, l'autre celui d'un consommateur, mais tous deux avisés, militent pour une implication effective et durable de la prévention et de la régulation.

LÉGITIMITÉ DE L'ASSURANCE MALADIE DANS LE DOMAINE DE LA PRÉVENTION ET DE LA RÉGULATION

UNE LÉGITIMITÉ ASSISE SUR DES PRINCIPES FONDATEURS RÉPUBLICAINS

Toutes les actions conduites par l'Assurance maladie sont placées sous la houlette des valeurs d'équité et de neutralité envers les publics servis. Les mesures administratives mises en place ces dernières années sur la Couverture

maladie universelle (CMU) et la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) mais aussi les mesures préventives proposées aux bénéficiaires concernés témoignent, s'il en était besoin, de cette approche.

Très récemment, et notamment depuis le 1^{er} juin 2009 avec la mise en place du RSA dans les CAF, ce volet CMU/CMU-C se voit renforcé.

UNE LÉGITIMITÉ AU TRAVERS DES FINANCEMENTS MOBILISÉS

Bien que la prévention ne mobilise à ce jour que 1 % (ou 6 à 7 % selon les méthodes de calcul) des sommes dépensées par le régime général, en l'espace de soixante ans ce sont des milliards d'euros qui ont été investis dans ce secteur.

Qu'il s'agisse du Fonds d'action sanitaire et sociale, du Fonds national de prévention d'éducation et d'information sanitaire (FNPEIS), ou du risque, les fonds de l'Assurance maladie sont mobilisés pour financer individuellement (aides financières, prises en charge), ou collectivement (subventions) des actes, des actions, des projets, voire des études.

Le Fonds d'action sanitaire et sociale permet, par le biais de prestations extra-légales ou de subventions octroyées par une commission *ad hoc* émanant des conseils, de financer y compris des actions ou dispositifs de prévention.

En ce qui concerne le FNPEIS, une partie des crédits réservés aux actions locales est versée aux GRSP pour mener en région pour tous publics des actions de prévention et d'éducation pour la santé. L'autre partie est consacrée au financement d'actions prioritaires de l'Assurance maladie inscrites dans la convention d'objectifs et de gestion (COG) entre l'État et l'Assurance maladie.

Dans ce cadre la Caisse nationale réserve une enveloppe pour des programmes ciblés, avec des crédits dédiés destinés à financer :

- Des actions d'envergure nationale (exemple : programme Sophia, centres d'exams de santé, dépistage organisé des cancers, prévention bucco-dentaire chez les jeunes, campagne annuelle de vaccination antigrippale, dépistage néo-natal, contraception d'urgence, etc.).
- L'expérimentation d'offres d'éducation thérapeutique en ambulatoire répondant à un cahier des charges.
- Des projets sur des priorités telles que les risques cardio-vasculaires, l'obésité, le vieillissement.

UNE LÉGITIMITÉ AU TRAVERS DES INFORMATIONS DÉTENUES

Les données détenues dans le fichier principal des CPAM sur les dépenses de soins sont nombreuses, sensibles et fort utiles pour asseoir des actions de régulation, bien sûr, mais aussi de prévention.

Les nombreux points de contact des caisses locales complètent cette expertise et cette connaissance des besoins de santé de la population.

UNE LÉGITIMITÉ AU TRAVERS DE L'EXPÉRIENCE ACQUISE

Plus de soixante ans d'activité en matière de prévention pour conduire des actions de terrain nationales et locales permettent à l'Assurance maladie de bénéficier d'une expérience où neutralité et équité ont leur place.

Cette expérience est multiple : (cf. quelques exemples dans les fiches actions).

- actions conduites par les centres d'examens de santé en direction des publics précaires ;
- dépistage des cancers, du diabète ;
- éducation et accompagnement des patients.

Cette expérience articule prévention et soins : la gestion du risque est complétée et précédée d'actions de prévention.

Exemples :

- pas de prescription de statines sans modification du régime alimentaire pendant plusieurs mois ;
- pas de traitement contre le diabète sans modification du régime alimentaire et de l'activité physique de manière durable ;
- etc.

UNE LÉGITIMITÉ AU TRAVERS DES ÉCHANGES CONVENTIONNELS AVEC LES DIFFÉRENTS PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Depuis le début des années 1970, l'Assurance maladie gère au plan national puis au plan local *via* les CPAM les conventions avec les professionnels de santé. Si depuis les premières la prévention est intégrée aux termes conventionnels, sa place est devenue plus prégnante dans les dernières, en lien bien sûr avec des objectifs de régulation.

Le contrat d'amélioration de la pratique professionnelle, nouveau venu parmi les modes de contractualisation mis à disposition des CPAM, détermine des objectifs précis en matière de suivi des patients, diabétiques par exemple, pour améliorer l'efficacité du suivi et, partant, des dépenses de santé. Prévention et régulation sont étroitement liées.

UNE LÉGITIMITÉ AU TRAVERS DES MOYENS HUMAINS ET DES COMPÉTENCES MOBILISÉES

Les agents de l'Assurance maladie ont été formés aux démarches de prévention (analyse des besoins, travail de partenariat, plan d'action, évaluation...) sur le budget de gestion administrative des organismes.

Formation et expérience ont conduit soit à **faire**, soit à **faire avec** (professionnels de santé, associations, Cram, etc.), soit à **faire faire** (subventions versées).

Les métiers et compétences en prévention au sein des caisses locales peuvent être ainsi classés :

- Chargés de projets prévention (DU formateur en promotion pour la santé) ;

- Délégués de l'Assurance maladie (cursus de formation institutionnelle métier et thématiques) ;
 - Téléconseillers et conseillers en santé (formation institutionnelle) ;
 - Médecins-conseils (en relais d'expertise).
- Sans oublier les cadres administratifs et les chargés de communication.

UNE LÉGITIMITÉ AU TRAVERS DES RELATIONS DE PROXIMITÉ DÉVELOPPÉES

Grâce à un maillage territorial conséquent, l'Assurance maladie dispose d'un levier intéressant pour mettre en place, selon les besoins repérés ici ou là, des actions de proximité répondant à des enjeux et à des objectifs précis.

De fait, en parallèle aux actions visant un grand public mobilisant des fonds nationaux, des actions locales sont mises en œuvre dans un contexte partenarial fort et avec des fonds issus des CPAM, en accord avec les conseils.

LES OUTILS DE LA CONTRACTUALISATION

LE DISPOSITIF ACTUEL

La prise en compte de la prévention par les organismes locaux d'assurance maladie repose sur un dispositif conventionnel à plusieurs niveaux :

- Au plan national : la signature de la convention d'objectifs et de gestion (COG) entre l'État et l'Assurance maladie définit les orientations et les moyens pour une période de quatre ans.
- Au plan local : les contrats pluriannuels de gestion (CPG) signés entre la Cnamts et les caisses locales d'assurance maladie prévoient la déclinaison des orientations nationales.

Une coordination régionale des actions de prévention de l'État et de l'Assurance maladie est assurée ; elle a été renforcée par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique avec le versement d'une partie des fonds de prévention aux GRSP dans le cadre d'une convention entre les Urcam et les GRSP. Les comités des programmes et les conseils d'administration des GRSP se sont assurés d'une complémentarité des interventions de l'État et de l'Assurance maladie au profit des priorités nationales et régionales de santé.

Les interventions des caisses locales, directes ou par convention avec des opérateurs, se sont attachées à entrer dans les objectifs des plans régionaux de santé publique.

En ce qui concerne les outils conventionnels (conventions par professions – médecins/infirmiers/pédicures-podologues/dentistes), leurs objectifs de prévention sont définis au plan national.

DES ÉVOLUTIONS À PRÉVOIR

Les outils de contractualisation seront à adapter du fait des nouvelles dispositions introduites dans la loi HPST :

La loi prévoit en particulier :

« Dans le respect des lois de financement de la Sécurité sociale, un contrat entre l'État et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie détermine les objectifs pluriannuels de gestion du risque communs aux trois régimes... visant à promouvoir des actions relatives à la prévention et l'information des assurés ainsi qu'à l'évolution des pratiques et de l'organisation des professionnels de santé et des établissements de santé. »

« Les ARS définissent et mettent en œuvre avec les organismes d'assurance maladie, les actions régionales prolongeant et complétant les programmes nationaux de gestion du risque : le programme pluriannuel régional de gestion du risque est intégré au projet régional de santé. Ce projet fait l'objet d'une contractualisation entre le directeur général de l'ARS et les directeurs des organismes d'assurance maladie. Les contrats pluriannuels de gestion des organismes d'assurance maladie déclinent pour chaque organisme, outre les programmes nationaux de gestion du risque, le programme pluriannuel régional de gestion du risque de santé. »

« Les ARS définissent et financent des actions visant à promouvoir la santé, à éduquer la population à la santé et à prévenir les maladies... »

Au titre de ses actions de prévention, l'agence régionale de santé attribue dans des conditions fixées par la convention d'objectifs et de gestion conclue entre l'État et la Caisse nationale d'assurance maladie les crédits provenant du Fonds national de prévention. »

Des représentants de l'Assurance maladie sont présents au sein des instances de pilotage :

- Conseil national de pilotage des ARS.
- Conseil de surveillance des ARS.

QUELQUES RECOMMANDATIONS

Concernant la prévention, quelques recommandations peuvent être faites, de façon à tirer profit de l'expérience acquise :

- L'inscription de la prévention comme priorité doit être maintenue dans les orientations nationales, en s'attachant à en faire un objectif transversal aux conventions d'objectifs et de gestion : des objectifs spécifiques de prévention en gestion du risque, une offre de service de prévention homogène sur l'ensemble du territoire, des organisations (systèmes d'information, gestion des ressources humaines, études et statistiques, etc.) et des moyens affectés à la prévention sur la base de critères lisibles.
- Une concertation interrégimes doit être assurée au plan national comme au plan local, selon des modalités à définir.
- Des crédits issus des fonds dédiés à titre principal à la prévention (FNPEIS) viennent abonder ceux apportés par les autres partenaires, dans le respect des priorités de santé.

- Au plan régional, les organismes d'assurance maladie doivent être associés à la définition de la stratégie (plan stratégique régional de santé), aux choix des mesures déclinant les objectifs (schémas régionaux), et participer dans le cadre d'une contractualisation aux modalités concrètes d'application des schémas au sein des programmes.
- Des contrats cadres sont à prévoir entre l'agence régionale de santé et les organismes d'assurance maladie concernant en particulier les structures habilitées pour les bilans de santé et les structures de dépistage des cancers pour une meilleure lisibilité des objectifs et des moyens.

DÉFINITIONS

L'OFFRE DE SERVICE EN PRÉVENTION DES ORGANISMES D'ASSURANCE MALADIE

L'information et la prévention constituent un des axes essentiels de l'Assurance maladie visant à **placer la gestion du risque au cœur de son action d'assureur solidaire de santé**.

Cette politique de prévention a pour but de déployer une stratégie d'information des assurés et de prévention axée sur le ciblage des actions, avec une priorité donnée aux patients atteints de pathologies chroniques par :

- Une information sur le fonctionnement du système de santé et les caractéristiques de l'offre de soins.
- Une incitation à la prévention dans le cadre des objectifs de santé publique.
- La mise en œuvre de la politique de prévention, en s'appuyant notamment sur le médecin traitant.

Le but recherché est d'améliorer l'état de santé de la population en évitant l'apparition, le développement ou l'aggravation des maladies ou accidents et en favorisant les comportements individuels et collectifs pouvant contribuer à réduire le risque de maladie et d'accident.

Les actions de prévention mises en œuvre par l'Assurance maladie s'intègrent donc de manière pragmatique dans deux domaines :

l'un contribuant à développer une politique de promotion de la santé et l'autre favorisant une prévention médicalisée.

En matière de promotion de la santé

Les programmes nationaux de prévention développés par l'Assurance maladie sur l'ensemble du territoire **via** son réseau de caisses primaires permettent une action sur le champ de la promotion santé au plus près des assurés sociaux.

Ces actions contribuant à l'amélioration de la santé de l'ensemble de la population favorisent, de plus, la mise en place de mesures de prévention du risque « précarité ».

En matière de prévention médicalisée

Ces actions entrent selon les cas dans le champ de la prévention primaire (comportements de bonne santé et vaccinations), secondaire (dépistages) et tertiaire (limiter la gravité des conséquences d'une pathologie par une prise en charge médicale et sociale adaptée).

Dans tous les cas, elles visent à un partenariat avec les professionnels de santé, notamment dans le cadre de l'accompagnement des pathologies chroniques.

LA PRÉVENTION DANS LES ORGANISMES D'ASSURANCE
MALADIE : PROMOTION DE LA SANTÉ

Offre de service M'T dents

OBJECTIF GÉNÉRAL

Améliorer l'état de santé bucco-dentaire des enfants.

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS DE L'ACTION

- Promouvoir l'offre M'T dents auprès des parents d'enfants et adolescents de 6 ans, 9 ans, 12 ans, 15 ans et 18 ans.
- Faciliter l'accès des jeunes aux soins dentaires et les inciter à consulter régulièrement un chirurgien-dentiste.

POPULATIONS CIBLES

Enfants et adolescents âgés de 6 ans, 9 ans, 12 ans, 15 ans et 18 ans.

MODALITÉS

Information du public avec campagne nationale M'T Dents :
Télévision, Internet (site <http://www.mtdents.info>), communiqués radio,
articles de presse (Cnamts).

Information du public en relais local M'T dents

Dépliants dans les accueils des organismes d'assurance maladie, dans les établissements scolaires, dans les cabinets des chirurgiens-dentistes.

Invitation personnalisée

Envoi à chaque enfant ou adolescent avant sa date anniversaire d'une prise en charge pré-identifiée pour bénéficier d'un examen bucco-dentaire gratuit, sans avance de frais, puis des soins nécessaires à 100 %.

Des possibilités locales en plus

- La Cnamts incite à la **mise en place d'actions territoriales** à développer en lien avec les partenaires associatifs et médicaux de proximité :
 - en direction des enfants de 6 ans sans habitudes sanitaires ;
 - en direction des enfants de 6 et 12 ans au titre de l'accompagnement à l'examen bucco-dentaire.
- L'utilisation de services de « marketing relationnel » :
 - offre sur rebonds ;
 - appels sortants.
- Le développement d'actions **spécifiques locales ciblées**.

À titre d'exemple : remise d'un **kit de brossage dentaire** aux parents d'enfants atteignant l'âge de 6 ans ayant effectué l'examen bucco-dentaire.

LA PRÉVENTION DANS LES ORGANISMES D'ASSURANCE
MALADIE : PROMOTION DE LA SANTÉ

Détection précoce des situations de précarité

OBJECTIF GÉNÉRAL

Aider la personne à **être acteur de sa santé**, à la gérer au mieux en vue de **faciliter et d'accélérer une insertion sociale et professionnelle**.

OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Mettre en place une offre de service dédiée à la prévention des situations de précarité et à l'accompagnement des personnes vulnérables.

POPULATIONS CIBLES

Personnes en situation de précarité.

MODALITÉS

Directives nationales

Conventions d'objectifs et de gestion, textes réglementaires, conventions.

Financements spécifiques

Fonds d'action sanitaire et sociale, Fonds national de prévention.

Personnels dédiés professionnalisés

Médecins, infirmières, psychologues, assistantes sociales, agents d'accueil du réseau.

Structures et services adaptés

Centres d'exams de santé, services santé solidarité, relais santé, etc.

Des possibilités locales en plus

- Un partenariat de terrain contractualisé.
- Une connaissance et une reconnaissance des structures et services adaptés par nos partenaires : services médico-sociaux du conseil général, centres communaux d'action sociale, missions locales, organismes de formation, associations caritatives, etc. deviennent les services effecteurs.

LA PRÉVENTION DANS LES ORGANISMES D'ASSURANCE
MALADIE : PRÉVENTION MÉDICALISÉE

Vaccination anti-grippale

OBJECTIF GÉNÉRAL

Protéger les populations à risque des épidémies de grippe.

OBJECTIF OPÉRATIONNEL

- Parvenir à un taux de couverture maximale des populations cibles.
- Pour les 65 ans et plus : 80 %.

POPULATIONS CIBLES

- Assurés et ayants droit du régime général **âgés de 65 ans et plus**.
- Personnes atteintes de certaines **affections de longue durée** (diabète de type 1 et de type 2, accident vasculaire cérébral invalidant, etc.).
- Personnes de moins de 65 ans souffrant **d'asthme ou de broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO)**.
- **Enfants et adolescents de 6 mois à 18 ans** dont l'état de santé nécessite un traitement prolongé par l'acide acétylsalicyclique.

MODALITÉS

Information du public avec campagne nationale Vaccination anti-grippale

Télévision, communiqués radios, articles de presse (Cnamts).

Information du public en relais local sur la vaccination anti-grippale

Dépliants dans les accueils des organismes d'assurance maladie, dans les établissements médico-sociaux, dans les cabinets des professionnels de santé.

Invitation à se faire vacciner

Envoi à la population cible d'une prise en charge pour bénéficier d'une vaccination anti-grippale, sans avance de frais.

Des possibilités locales en plus

- L'utilisation de services de « marketing relationnel » :
 - Offre sur rebonds.
 - Appels sortants.
 - Délégués assurance maladie (**DAM**).
- L'engagement des médecins généralistes dans le cadre des avenants 12 et 23 à la Convention des médecins ainsi que contrats d'amélioration des pratiques individuelles (**CAP**).

LA PRÉVENTION DANS LES ORGANISMES D'ASSURANCE
MALADIE : PRÉVENTION MÉDICALISÉE

Dépistage du cancer du sein

OBJECTIF GÉNÉRAL

Diminuer le taux de mortalité du cancer du sein en dépistant précocement les femmes.

OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Atteindre un taux de dépistage de 80 % (dépistage organisé + dépistage individuel).

POPULATION CIBLE

- **Dépistage organisé** : femmes de 50 à 74 ans.
- **Dépistage individuel** : toutes les femmes.

MODALITÉS

Information du public avec campagne nationale sur le dépistage du cancer du sein
Télévision, communiqués radios, articles de presse (INCa).

Information du public en relais local sur le dépistage du cancer du sein

Dépliants dans les accueils des organismes d'Assurance maladie et dans les cabinets des professionnels de santé.

Financements spécifiques

Fonds nationaux de prévention (différents régimes) et crédits GRSP.

Structures gestionnaires adaptées

Association de dépistage organisé.

Garantie de qualité

S'exerce de manière réglementaire sur deux domaines :

- La formation des radiologues et manipulateurs en radiologie.
- Le contrôle qualité des matériels de mammographies et des clichés.

Invitation personnalisée

Envoi tous les deux ans à chaque femme de 50 à 74 ans d'une invitation **pour un dépistage gratuit comprenant :**

- Une mammographie.
- Un examen clinique.
- Des clichés complémentaires en cas de besoin.

Des possibilités locales en plus

- L'utilisation de services de « marketing relationnel » :
 - offre sur rebonds.
 - appels sortants.
 - délégués Assurance maladie (DAM).
- L'engagement des médecins généralistes dans le cadre des contrats d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI).

DÉPISTAGE DU CANCER COLO-RECTAL

Généralisé à la fin 2008, son organisation s'appuie sur les mêmes structures que le dépistage organisé du cancer du sein (« structures de gestion »).

La communication générale, comme pour le cancer du sein, est assurée par l'INCa.

Le financement des frais de fonctionnement des structures de gestion est

assuré, comme pour le cancer du sein également, à parité par l'Assurance maladie (tous régimes) et par l'État (GRSP).

Les dépenses d'achat et de lecture des tests ainsi que la rémunération des médecins pour l'inclusion des patients sont financées à 100 % par l'Assurance maladie.

LA PRÉVENTION DANS LES ORGANISMES D'ASSURANCE
MALADIE : PRÉVENTION MÉDICALISÉE

Service d'accompagnement des malades chroniques Sophia

OBJECTIF GÉNÉRAL

Expérimentation sur 10 sites pilotes sur une première pathologie : le diabète.

Améliorer la prise en charge de l'état de santé des patients par la mise en place d'un service d'accompagnement des malades chroniques.

Diminuer la fréquence des complications et réduire le coût de la pathologie pour la collectivité.

OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Atteindre un taux d'adhésion de la population cible de 65 %.

POPULATIONS CIBLES

Personnes atteintes de diabète de types 1 et 2 appartenant au régime général, hors sections mutualistes :

- habitant et ayant leur médecin traitant sur les 10 sites pilotes,
- en affection de longue durée,
- de plus de 18 ans.

MODALITÉS

Information du public avec campagne nationale sur Sophia

Articles de presse. Site Internet <http://www.sophia-infoservice.fr/>

Information du public en relais local sur Sophia

Dépliants et affiches dans les accueils des organismes d'Assurance maladie et dans les cabinets des professionnels de santé.

Relais d'information des patients par le médecin traitant

Incitation à, et explicitation de, la démarche d'adhésion volontaire du patient.

Information ciblée pour les personnes adhérentes au service

Supports d'information trimestriels sur le diabète, la prévention (nutrition, exercice physique) : magazine *Sophia et vous*, fiches « Repères diabète » (des documents plus spécifiques comme des calendriers-menus sont aussi adressés sur demande).

Financements spécifiques

Fonds national de prévention et Fonds national de la gestion administrative.

Services adaptés

Plate-forme téléphonique.

Personnels dédiés professionnalisés

Téléconseillers et conseillers en santé (infirmières spécialement formées).

Des possibilités locales en plus

Engagement du médecin traitant au préalable de l'adhésion du patient.

Politiques de la ville, de la santé et de la cohésion sociale

ENJEUX

La territorialisation des politiques publiques demande, pour sa mise en œuvre, à se concrétiser à des niveaux de territoires infrarégionaux, infra-départementaux, impliquant les collectivités territoriales dans le domaine de la santé et de la cohésion sociale qui, dans sa nouvelle organisation, s'intéresse aux collectivités locales, au développement de l'ingénierie sociale, aux ARS.

Le renforcement et le développement des compétences en santé publique des collectivités locales sur des interventions préventives ont un double objectif, celui d'agir avec et au plus près des publics identifiés vulnérables et précaires d'une part, et de réagir sur les déterminants de santé et les processus de précarisation. Il s'agit de soutenir les capacités mobilisatrices et les dynamiques de projets des collectivités locales sur la promotion de la santé en direction de publics identifiés et de créer les conditions d'un pilotage local avec les partenaires essentiels (ARS et cohésion sociale) par la mise en œuvre d'un projet local de santé contractualisé par la politique de la ville (contrat urbain de cohésion sociale – Cucs) et les ARS/directions régionales de la Cohésion sociale (DRCS).

L'évolution des besoins en santé a contribué à replacer la santé au cœur du débat politique local, la démarche structurante développée par les ateliers santé-ville (depuis 2001) a acquis une légitimité et se trouve en voie de construction pour l'élaboration des projets locaux de santé dans le cadre des futurs contrats locaux de santé.

DIAGNOSTIC - CONSTATS

L'ÉTAT DE SANTÉ DES HABITANTS EN ZONE URBAINE SENSIBLE (ZUS)

Près du tiers des résidents en ZUS se déclarent en mauvaise santé *versus* un quart des personnes qui ne vivent pas en ZUS (1,2 fois plus) ; ils sont 23 % à déclarer au moins une incapacité *versus* 19,6 % pour le reste de la population (1,2 fois plus).

- Ces différences entre les déclarations des habitants en ZUS et hors ZUS restent vraies à âge, sexe, niveau d'études ou catégorie socioprofessionnelle égale des individus. Entre autres, après contrôle des caractéristiques individuelles¹, la probabilité que les résidents des ZUS se déclarent en mauvaise santé reste supérieure de 2,2 points à celle des habitants hors ZUS...
- Des analyses montrent également l'existence d'effets contextuels, liés aux caractéristiques de ces territoires (externalités négatives), qui, indépendamment des caractéristiques individuelles, contribuent à expliquer des disparités dans les déclarations d'état de santé en ZUS et hors ZUS : il s'agit essentiellement de variables décrivant la situation économique et sociale défavorable de ces quartiers.
- Enfin, on note également que l'impact de certains déterminants individuels de l'état, de santé – tels que l'âge, le sexe ou la nationalité – est plus important en ZUS que hors ZUS.

Les différences entre les déclarations des habitants en ZUS et hors ZUS sont moins marquées pour les autres indicateurs de santé, telles les maladies chroniques et les limitations d'activité quotidienne.

Mais plus généralement, ces différences ZUS/hors ZUS peuvent être sous-estimées par une **mauvaise connaissance que les résidents des ZUS ont de leur état de santé**, entraînant par exemple une ignorance de leur part de maladies chroniques, comme le diabète.

LE RECOURS AUX SOINS

- Les résidents des ZUS sont plus nombreux à avoir subi au moins une **hospitalisation** dans les douze derniers mois (15,6 % *versus* 13,5 % pour la population ne vivant pas en ZUS) ;
- S'ils ne sont pas plus nombreux à avoir recours au moins une fois dans l'année à un **généraliste** (environ 83 % de la population), la fréquence des consultations est plus élevée pour les habitants de ces quartiers (5,8 visites en moyenne *versus* 4,7 pour les résidents hors ZUS, chez les individus ayant consulté au moins une fois un généraliste pendant l'année). En revanche ils recourent moins fréquemment à un **spécialiste** (57,2 % *versus* 64,4 %).

1. Âge, sexe, niveau d'éducation, catégorie socioprofessionnelle, revenus, inactivité, nationalité, etc.

DÉMOGRAPHIE MÉDICALE

Un premier travail a permis de montrer que l'offre médicale et paramédicale dans les zones urbaines sensibles est en moyenne deux fois moins importante que celle de leurs communes et de leurs agglomérations. Il existe cependant de grandes disparités selon les quartiers : certains d'entre eux, parmi les moins peuplés, sont sous-équipés alors que d'autres, plus peuplés, disposent d'une offre de soins plus abondante et diversifiée.

Ces premiers constats ont été complétés par une autre étude de l'Insee qui montre que les ZUS les mieux dotées en offre de soins libérale de proximité disposent également de nombreux équipements, tels que commerces ou écoles. Cette étude révèle également que les habitants des ZUS sont rarement domiciliés à de grandes distances des équipements médicaux, notamment lorsque ceux-ci sont absents de leur quartier.

LA PRINCIPALE IDÉE REÇUE

L'absence de vision d'enjeux politiques autour des questions de santé qui a longtemps prévalu au niveau local a beaucoup évolué. Des résistances persistent sur la nécessité de leurs implications en termes d'objectifs de santé publique, de moyens et de ressources potentiellement mobilisables, et en particulier pour enrayer les processus d'exclusion et comme espace d'expression de démocratie sanitaire.

OBJECTIFS

- Objectif général : la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.
- Objectifs opérationnels ou spécifiques : contribution des collectivités territoriales à la mise en œuvre d'un projet local de santé au titre de la politique de la ville pour établir un contrat local de santé avec une application particulière sur les territoires de la politique de la ville.

THÈMES D'ACTIONS (PRIORITÉS PROPOSÉES)

Les thèmes² prioritaires recensés dans le volet santé des Cucs/ASV : nutrition, conduites addictives, souffrance psychique et santé mentale, bucco-dentaire, surpoids/obésité, périnatalité, environnement, diabète.

2. Six thèmes majeurs ressortent des actions développées par les ASV en 2008 :

- nutrition (hors surpoids-obésité et diabète) = 18 %
- conduites addictives = 11 %
- souffrance psychique et santé mentale = 9 %
- hygiène bucco-dentaire = 8 %
- surpoids et obésité = 8 %
- conduites à risque (autres que les conduites addictives) = 7 %

L'application territoriale des priorités régionales et des plans nationaux de la politique de santé se décline en programmes dans nos quartiers (2,3 par ASV en moyenne), mais ils ne représentent pas les seules actions menées dans ce cadre : 14 actions thématiques en moyenne par ASV.

Les Ateliers santé-ville devraient augmenter avec le projet local de santé en renforçant les compétences des équipes locales afin d'orienter leurs programmes sur les territoires de la politique de la ville (attraction des appels à projets du droit commun).

Des thèmes d'action majeurs en santé publique à investir au niveau local :

- Prévention et dépistage pour lutter contre les **premières causes de mortalité prématurée évitable** des personnes en situation précaire en tenant compte du genre, de l'âge.
- Développement **des conseils locaux en santé mentale** dans le cadre du projet local de santé touchant tous les âges de la vie : conduites à risque, dépressions, suicides, troubles du comportement, etc.
- Prévention et gestion des risques des publics vulnérables, **en particulier application du Plan santé-environnement 2009-2013 sur les inégalités.**

OUTILS/CADRE

Mesures santé des comités interministériels des villes et contenu du volet santé des Cucs.

Il importe d'encourager dès le second semestre 2009 les collectivités locales à élaborer des contrats locaux de santé (CLS) comme projet local de santé, en vue d'une généralisation, au titre de la politique de la ville par la mise en place :

- **de l'observation locale de santé** comme outil de suivi du projet local (loi du 1^{er} août 2003, Comité interministériel des villes (CIV), HPST : application des schémas régionaux) ;
- **d'évaluation d'impact des programmes d'intervention** (prévention, promotion de la santé, offre de soins, accompagnement médico-social et gestion des risques auprès des populations vulnérables) ;
- **des compétences locales pour une coordination locale et transversale** du CLS mobilisant les thèmes prioritaires de la politique de la ville afin d'agir sur les déterminants sociaux et les cadres de vie des populations repérées vulnérables³, en particulier les effets de contexte et environnementaux. Elle intègre les programmes de prévention spécifiques des quartiers (thèmes, publics : tranches d'âge et genre) ;
- **d'ingénierie de projet** : en particulier la nécessité de pérenniser le poste de coordonnateur ASV dans **les équipes locales dédiées au projet local de santé** (éviter les *turn-over*) ;
- **de formation du niveau régional** pour un soutien au niveau local sur les phases méthodologiques de projets : pôles de compétence de l'INPES, ORS.

3. *Les disparités sociales et territoriales de santé dans les quartiers sensibles*. Les documents de l'Onzuz, n° 1, mai 2009, Les Éditions de la DIV.

SOURCES DE FINANCEMENT POSSIBLES

Direction générale de la cohésion sociale : volet santé de la politique de la ville (Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances – Acsé), partenaires du contrat urbain de cohésion sociale (CAF, bailleurs sociaux), collectivités territoriales, ARS.

PARTENAIRES (CARTOGRAPHIE DES ACTEURS)

- Directions régionales de la Cohésion sociale (DRCS), ARS, collectivités territoriales, Éducation nationale.
- ORS, les pôles de compétence INPES.

DIFFICULTÉS/OBSTACLES

Animation régionale des instances décisionnelles, cloisonnement des secteurs responsables des déterminants de santé à chaque échelle territoriale.

INDICATEURS

- Nombre de CLS signés par les ARS au titre de la politique de la ville (incluant le volet santé des Cucs).
 - Nombre de maisons de santé créées là où est diagnostiqué un déficit en démographie médicale ou initiatives des communes et leur regroupement pour pallier le déficit (centres de santé, coordination des ressources de professionnels de santé).
 - Nombre de projets locaux de santé structurés par :
 - co-pilotage État/municipalité(s) ;
 - coordination locale et transversale ;
 - diagnostic territorial à l'échelle communale ou de groupement de communes ;
 - observation locale de santé ;
 - évaluation du projet local de santé établi et des programmes (droit commun) promotion, prévention, des politiques de soins, accompagnement médico-social et Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (Praps) ;
 - communication.
- Avec une application particulière sur les territoires de la politique de la ville suivant l'existence de :
- une coordination du projet local de santé ;
 - un diagnostic partagé par les acteurs, professionnels de santé, du social, de l'insertion, de la prévention ;
 - des programmes à court, moyen, long terme ;

- une évaluation des programmes ;
- la participation des publics.

POSSIBLES EFFETS ADVERSES

- Absence d'interpellation des collectivités territoriales sur les enjeux de santé publique au niveau local.
- Manque de moyens attribués à la hauteur des enjeux (taille des agglomérations, densité démographique, transversalité au niveau des regroupements des collectivités locales non actionnées).
- Échelle territoriale peu explicite par les acteurs locaux, mise en œuvre territoriale de la politique de santé des ARS non concertée avec les élus.
- Mobilisation sur l'offre de soins au détriment des approches collectives et populationnelles des projets de santé préventifs et de promotion de la santé.

SOURCES/RÉFÉRENCES/EXEMPLES D' ACTIONS

Publications Éditions de la Délégation interministérielle à la ville et site <http://www.ville.gouv.fr>

PISTES À EXPLORER POUR DES PROJETS NOVATEURS

DÉVELOPPEMENT SUR TOUT LE TERRITOIRE

On compte actuellement un peu plus de 237 ateliers santé-ville (France et DOM). Le développement des ASV est toujours inégal et se concentre pour la moitié sur trois régions (Île-de-France, Rhône-Alpes, Paca) et sur certains départements.

MEILLEURE PRISE EN COMPTE DES PRIORITÉS RÉGIONALES (PRSP) ADAPTÉE AUX BESOINS DES QUARTIERS

L'enseignement de l'enquête ASV de l'Acsé – état des lieux quantitatif – permet de voir la capacité de mobilisation et de production⁴ de cette démarche d'une part, mais d'autre part une déclinaison thématique moindre des programmes GRSP et plans nationaux sur l'ensemble des projets suivis, malgré les princi-

4. Implication des professionnels de santé du secteur public :

Sur 136 ASV répondants, 133 ont sollicité 4 883 professionnels de santé du secteur public en 2008.

Cela correspond à une moyenne de 33 professionnels sollicités par ASV, le maximum étant de 560.

Sur ces 4 883 professionnels sollicités, 2 857 (soit 59 %) se sont effectivement impliqués dans la démarche ASV.

Cela correspond à une moyenne de 19 professionnels impliqués par ASV, le maximum étant de 200.

Implication des professionnels de santé du secteur privé :

Sur 123 ASV répondants, 114 ont sollicité 4 059 professionnels de santé du secteur privé en 2008.

Cela correspond à une moyenne de 28 professionnels sollicités par ASV, le maximum étant de 400.

pales priorités des thèmes d'action déclarés et correspondant au PRSP. Il reste à analyser les raisons de cet écart.

CIBLAGE RENFORCÉ SUR CERTAINS PUBLICS

Par contre, la recherche de publics vulnérables des quartiers décrits dans les rapports de l'Onzuz et de l'Inserm (cohorte SIRS sur les ZUS de l'agglomération parisienne) sont peu ciblés au profit d'actions en milieu scolaire.

PRISE EN CONSIDÉRATION DE L'OFFRE LOCALE

L'offre de soins et démographie médicale n'est pas abordée dans cette étude comme un des axes du diagnostic territorial local ou en vue d'une programmation pour combler les zones urbaines et périurbaines déficitaires.

DÉVELOPPER LES MÉTHODES ÉVALUATIVES DÈS LA CONCEPTION DU PROJET LOCAL DE SANTÉ

L'évaluation reste faible globalement mais correspond aussi à l'absence d'évaluation au niveau des régions.

Les publics à rechercher

La petite enfance, les familles monoparentales féminines, les personnes vieillissantes et les hommes (adolescents et adultes) sont sous-représentés comme publics cibles bénéficiant des actions menées dans le cadre des ASV, suivant les déclarations faites dans l'étude de l'Acisé⁵.

■ la petite enfance :

– les enfants en bas âge : vaccinations, dépistage de troubles sensoriels, de retards de croissance ou de maladies génétiques, troubles de la relation mère-enfant, nutrition.

– les enfants d'âge scolaire : prévention des caries, vaccinations, dépistage des troubles des apprentissages (pas seulement scolaires).

■ **les femmes** : suivi périnatalité, dépistages, dont ceux des cancers féminins, problématiques sociales, alimentation, nutrition, violence, alphabétisation.

■ **les hommes** : tous âges confondus, sont difficilement accessibles par les actions de prévention mais les plus touchés en mortalité prématurée évitable (<65 ans).

■ **les personnes vieillissantes** : prise en charge des maladies chroniques, prévention des chutes, isolement et dépression, en particulier dans les foyers.

Introduire le **concept de prévention dans la gestion des risques** et des dommages sanitaires et sociaux, les pathologies et la dépendance en incluant systématiquement des actions sanitaires et sociales dans le projet local de santé favorisant le développement des prestations en ambulatoire (centre local

5. Enquête ASV Acisé

La tranche d'âge 25-60 ans est la première concernée par les actions de près de la moitié des 157 ASV ayant répondu à cette question, suivie par les enfants entre 6 et 13 ans.

Ainsi, 85 % des ASV touchent les adultes (25-60 ans).

La moitié des ASV développent des actions en direction des enfants et des jeunes (49 %).

d'information et de coordination – Clic –, aide à domicile, aide ménagère, bénévolat coordonné).

Chirurgiens-dentistes et prévention

Une hygiène insuffisante de la bouche est un facteur majeur de risque dans l'apparition des pathologies bucco-dentaires. Néanmoins, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) relève que les affections bucco-dentaires ont en commun avec les quatre principales catégories de maladies chroniques (pathologies cardio-vasculaires, cancers, affections respiratoires chroniques et diabètes) plusieurs facteurs de risque, dont une mauvaise alimentation, le tabagisme et l'usage nocif de l'alcool.

Cette fiche aborde la prévention bucco-dentaire portée aussi bien par les chirurgiens-dentistes que par d'autres acteurs susceptibles d'être impliqués dans cette démarche.

UNE OFFRE PROFESSIONNELLE AVEC UNE FORTE DISPARITÉ D'IMPLANTATION^{1, 2}

En janvier 2009, on comptait 41 116 chirurgiens-dentistes actifs en France.

La densité moyenne est de 67 chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants, soit un chirurgien-dentiste pour 1 500 habitants. C'est une position intermédiaire par rapport aux autres pays développés.

Par contre, de fortes disparités territoriales existent : du simple au double entre les régions, d'un facteur de 1 à 4 entre les départements. La concentration est croissante dans les grandes agglomérations (Paris : 166 pour 100 000)

1. Drees. Les chirurgiens-dentistes en France. *Études et résultats*, n° 594, septembre 2007.

2. Drees. Les professions de santé au 1^{er} janvier 2009. *Série statistiques*, n° 131, avril 2009.

au détriment des communes rurales (20 pour 100 000) ou de moins de 10 000 habitants.

Parmi les chirurgiens-dentistes, 91 % exercent en libéral : pour moitié en exercice individuel, pour moitié en exercice en groupe. On note une très faible mobilité géographique de ces professionnels au cours de leur carrière.

Neuf pour cent des chirurgiens-dentistes exercent comme salariés : 50 % en centres de santé, 13 % dans les organismes de la Sécurité sociale, et seulement 13 % dans les établissements hospitaliers.

La profession présente une seule spécialité : l'orthopédie dento-faciale (moins de 5 % de la profession). Une seconde spécialité est envisagée : la chirurgie buccale.

La plupart des praticiens sont conventionnés (98 %).

La profession est la plus syndiquée de toutes les professions médicales (15 000 adhérents à la Confédération nationale des syndicats dentaires – CNSD – *versus* 5 000 pour le plus gros des syndicats médicaux).

La profession est faiblement représentée au sein des instances en charge de la santé publique. Il n'y a pas de chirurgien-dentiste inspecteur de santé publique (Ddass), ni dans la médecine scolaire, ou la médecine du travail, ou la protection médicale et infantile (PMI). Sur 22 Sros (schéma régional d'organisation sanitaire), 3 seulement ont un volet odontologique. La Haute Autorité de santé (HAS) et le ministère de la Santé comptent depuis peu des chirurgiens-dentistes experts.

On recense à peu près 1 300 médecins stomatologues en métropole.

UN PUBLIC TRÈS DIFFÉRENCIÉ

■ On distingue trois types de patients représentant chacun un tiers de la population³ :

- prévento-conscients : consultent régulièrement ;
- curato-conscients : consultent pour se faire soigner ;
- ceux qui ne fréquentent pas ou très peu les cabinets dentaires : soit parce qu'ils n'en font pas la démarche volontairement (par peur du dentiste, non intérêt pour leur santé bucco-dentaire...), soit parce qu'ils sont dans l'impossibilité de consulter et se retrouvent ainsi exclus.

■ Facteurs socio-économiques d'exclusion à la prévention et aux soins dentaires :

- Dans la population adulte de plus de 18 ans, 10 % renoncent à des soins dentaires et/ou à l'achat de lunettes pour des raisons financières⁴.
- Prise en charge des dépenses dentaires : 30 % par l'Assurance maladie, 35 % par les complémentaires, 35 % par les ménages⁵.

3. Observatoire national de la démographie des professions de santé. *Le métier de chirurgien-dentiste*. Rapport d'étude, septembre 2007.

4. Drees. *L'état de santé de la population en France. Indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique – Objectif 33*. Rapport 2007. Paris : La Documentation française, 2008, 244 p.

5. Observatoire national de la démographie des professions de santé. *Le métier de chirurgien-dentiste*. Rapport d'étude, septembre 2007.

– Différences de comportements et d'exposition aux facteurs de risque (hygiène, alimentation, alcool...) selon les catégories socio-économiques⁶.

– La CMU (couverture maladie universelle) créée en 2000 a amélioré la situation. Malgré cela, les bénéficiaires de la CMU-C ont surtout des recours curatifs mais peu de recours préventifs⁷.

■ Facteurs d'exclusion liés à la capacité physique et/ou à l'isolement : handicapés physiques et mentaux, personnes âgées, détenus, personnes avec des pathologies lourdes.

DES ACTIONS DE PRÉVENTION À INITIATIVE PROFESSIONNELLE ET PUBLIQUE

■ Les chirurgiens-dentistes ont toujours intégré, à titre individuel dans leur exercice quotidien, des actions de prévention à type de conseils d'hygiène buccale ou alimentaire et de prescription de fluor.

■ L'Union française pour la santé bucco-dentaire (UFSBD) créée par la profession en 1966 mène des actions d'éducation à la santé, de prophylaxie et de dépistage.

■ Le premier Plan national pour la santé bucco-dentaire lancé en 2005 par Jean-Marie Bertrand cible huit publics prioritaires.

■ L'objectif 91 de la loi de Santé publique de 2004 propose une amélioration de l'indice d'atteinte dentaire (indice CAO : C pour cariée, A pour absente pour cause de carie, O pour obturée) pour les enfants de 6 ans et 12 ans.

■ L'article L. 2132-2-1 du Code de santé publique rend obligatoire l'examen de prévention bucco-dentaire pour les enfants de 6 ans et 12 ans.

■ La convention signée en 2006 entre les organismes d'assurance maladie et les représentants des chirurgiens-dentistes a créé l'EBD (examen bucco-dentaire de prévention) qui s'adresse aux enfants de 6, 9, 12, 15 et 18 ans. Ce dispositif fait suite au BBD (bilan bucco-dentaire) créé en 1997. Cette consultation spécifique de prévention ainsi que les soins consécutifs sont pris en charge à 100 % par l'Assurance maladie. Sous le sigle M'T dents, une vaste campagne de communication cherche à promouvoir ce dispositif vers toutes les personnes concernées.

■ Depuis 2001, un acte de prévention dentaire (scellement de sillons) est inscrit à la Nomenclature générale des actes professionnels et est pris en charge par l'Assurance maladie.

■ De nombreuses actions collectives de prévention bucco-dentaire ont été menées essentiellement vers le milieu scolaire sur financement des groupements régionaux de santé publique (GRSP), de l'Assurance maladie ou des collectivités territoriales.

■ On compte en France 14 réseaux dans le domaine bucco-dentaire. La moitié s'occupe des handicapés, les autres des personnes âgées et des patients non

6. Observatoire régional de santé Île-de-France. *État bucco-dentaire et recours aux soins préventifs et curatifs de la population francilienne adulte*, octobre 2008.

7. *Ibid.*

autonomes. À noter par endroit l'existence de bus dentaires qui se déplacent pour traiter les patients exclus là où ils se trouvent.

- La prévention bucco-dentaire a fait la preuve de son efficacité : l'indice CAO à 12 ans (indicateur OMS) est passé en moyenne de 4,2 en 1987 à 1,2 en 2006⁸. Cette amélioration de la santé bucco-dentaire est génératrice d'économies dans les dépenses curatives.
- Mais de fortes inégalités persistent : le CAO à 12 ans est de 0,90 chez un enfant de cadre pour 1,60 chez un enfant d'inactif. Il passe de 1,59 en zone rurale à 1,16 dans les petites agglomérations⁹.
- L'Institut national du cancer (INCa) a élaboré en 2009 un CD-Rom destiné à former les chirurgiens-dentistes à la détection précoce des cancers de la cavité buccale. Le Conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes a diffusé largement cet outil auprès de la profession.

LES INTERLOCUTEURS NATIONAUX ET EN RÉGION

- Le Conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes, avec les conseils départementaux et régionaux.
- Les syndicats dentaires : principalement la Confédération nationale des syndicats dentaires (CNSD), l'Union des jeunes chirurgiens-dentistes (UJCD) et la Fédération des syndicats dentaires libéraux (FSDL) ; les deux premiers étant signataires de la convention.
- L'Association dentaire française (ADF), qui regroupe 25 associations et organismes nationaux du monde de l'odontologie.
- Les facultés d'odontologie.
- L'Union française pour la santé bucco-dentaire (UFSBD).
- Les différents réseaux déjà évoqués.
- Les autres professionnels de santé (médecins, pédiatres, infirmières, orthophonistes, etc.).
- Les établissements hospitaliers et les établissements médico-sociaux avec en particulier les structures d'hébergement de personnes âgées ou de handicapés mentaux ou physiques.
- L'Éducation nationale et son réseau de médecine scolaire.
- Les collectivités territoriales.
- Les associations de patients (diabétiques, etc.).

ORIENTATIONS EN MATIÈRE DE PROFESSIONNALISATION

- Nommer dans chaque ARS un référent chirurgien-dentiste.
- Faire un état des lieux dans chaque région des actions de prévention bucco-dentaire menées par les différents acteurs : profession, Assurance maladie

8. Drees. *L'état de santé de la population en France. Indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique – Objectif 91*. Rapport 2007. Paris : La Documentation française, 244 p.

9. *Ibid.*

(caisses primaires, chirurgiens-dentistes conseils), UFSBD, réseaux, collectivités territoriales, etc.

- Définir, en accord avec les orientations nationales, un programme régional pluriannuel de prévention bucco-dentaire prenant en compte les spécificités territoriales : définition des objectifs, des partenariats, des intervenants et des financements.
- Prioriser les actions vers les zones défavorisées et vers les populations exclues : dans ce cadre, la politique régionale définie par l'ARS peut faire l'objet de programmes partagés avec les acteurs du domaine médico-social (conseils généraux) et les municipalités.
- Intégrer la prévention bucco-dentaire aux autres programmes de prévention :
 - Pathologies chroniques (diabète, maladies cardio-vasculaires, etc.) ;
 - Femmes enceintes (sensibilisation pour la santé de la maman et du futur enfant) ;
 - Prévention de la dénutrition, de l'obésité, du tabagisme, de l'alcoolisme.
- Promouvoir le dispositif institutionnel de l'EBD.
- Sensibiliser et informer les chirurgiens-dentistes sur leur implication dans les programmes de prévention (au cabinet, en établissements) et sur les nouveaux acquis en matière de prévention (fluor, cancers, etc.).
- Participer à la création d'un forfait de rémunération des chirurgiens-dentistes effectuant des actions de prévention (primaire, secondaire ou tertiaire) dans les établissements : EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes), IME (institut médico-éducatif), services de gériatrie, etc.
- Sensibiliser et former des personnes relais à la délivrance de messages de prévention bucco-dentaire et à l'hygiène bucco-dentaire :
 - Personnels médicaux et paramédicaux des établissements hébergeant des personnes âgées, des handicapés, des personnes atteintes de pathologies lourdes ;
 - Personnels médicaux ou d'encadrement dans les milieux scolaires (écoles maternelles et primaires), de la petite enfance (maternités, PMI, crèches) ;
 - En médecine du travail ;
 - Professionnels médicaux libéraux (médecins, infirmières, nutritionnistes, etc.).
- Ces formations de personnes relais seraient réalisées par des chirurgiens-dentistes (libéraux, de centres d'examen de santé, chirurgiens-dentistes conseils de l'Assurance maladie).
- Contractualiser avec les établissements (hospitaliers, médico-sociaux) pour des protocoles de prévention bucco-dentaire :
 - Examens d'entrée et périodiques de prévention bucco-dentaire ;
 - Formation du personnel ;
 - Protocoles d'hygiène bucco-dentaire ;
 - Systèmes d'alerte en cas de détection de problèmes importants.

Pharmaciens et prévention

DES ACTIONS DE PRÉVENTION DIVERSES

Les actions de prévention menées dans les pharmacies sont diverses : éducation thérapeutique du patient, éducation pour la santé, prévention et dépistage, etc. Elles ne sont pas systématiquement liées à la vente de produits de santé.

Lorsqu'elles sont concomitantes à la vente de produits de santé (par exemple : contraception d'urgence, substituts nicotiques pour le sevrage tabagique, conseils associés à la délivrance des ordonnances), elles s'appuient sur des organisations plus ou moins structurées et des critères de qualité pas toujours appliqués.

Il faut souligner, à l'échelon national, le rôle particulier du Cespharm (Comité d'éducation sanitaire et sociale de la pharmacie française), organisme rattaché à l'Ordre des pharmaciens. Il met en œuvre et diffuse des actions de prévention et d'éducation pour la santé dans l'ensemble des pharmacies.

Le développement d'actions de prévention à initiative régionale ou locale est très hétérogène sur le territoire. Il est dépendant de promoteurs qui, dans certaines régions, ont un fort engagement en matière de prévention.

On constate aussi un manque de connaissance et de coordination régionale des actions de prévention menées par les pharmaciens.

UNE MISSION DÉFINIE

Le rôle des pharmaciens en matière de prévention est réglementairement et conventionnellement défini.

L'article 14 bis de la loi HPST a réaffirmé le rôle des pharmaciens d'officine en matière de prévention. Ceux-ci peuvent proposer «*des prestations destinées à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes, notamment en contribuant à l'éducation pour la santé, en réalisant ou en participant à des actions de prévention ou de dépistage*», «*concourent aux actions de veille et de protection sanitaire organisées par les autorités de santé*», «*peuvent participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients*».

La dernière convention nationale de 2006 organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'Assurance maladie insiste dans ses articles 17 à 22 sur le rôle des pharmaciens en matière de prévention, ainsi que sur leurs obligations en matière de formation conventionnelle dans les domaines de la prévention, du dépistage et de l'éducation thérapeutique.

Si les pharmaciens ont une forte conviction dans leur rôle en matière de «*conseil*», le public semble aussi le reconnaître.

Selon une enquête Ipsos en 2008, 45 % des sondés se sont déjà rendus dans les pharmacies pour un conseil au sujet d'un problème de santé, sans intention d'achat d'un produit.

Actuellement, les pharmaciens ne sont pas directement rémunérés pour les actions de prévention qu'ils mènent.

UN BON MAILLAGE TERRITORIAL

L'implantation des pharmacies d'officine est relativement harmonieuse sur le territoire national en raison du régime d'autorisation auquel sont soumis la création ou le transfert d'une pharmacie. En métropole, on compte en moyenne une officine pour 2 717 habitants.

Environ 4 personnes qualifiées exercent par pharmacie. On trouve les pharmaciens titulaires ou adjoints (2,4) et les préparateurs (environ 1,6).

La clientèle des officines est généralement fidèle et de proximité. La fréquentation des officines est en moyenne de 50 à 200 personnes par jour.

Bien que les régions bénéficient d'un bon maillage territorial et de personnels pharmaceutiques qualifiés, l'implication individuelle des pharmaciens dans les actions de prévention est diverse et souffre d'un manque de reconnaissance.

LES INTERLOCUTEURS EN RÉGION, PEU REPRÉSENTÉS

Trois interlocuteurs représentent habituellement aujourd'hui les pharmaciens.

- L'ordre national des pharmaciens. Selon l'article L. 4231-1 du Code de la santé publique, l'Ordre national des pharmaciens a pour mission « *de contribuer à promouvoir la santé publique et la qualité des soins, notamment la sécurité des actes professionnels* ». L'Ordre des pharmaciens est structuré régionalement en un conseil régional des titulaires d'officine.
 - Les syndicats de pharmaciens, qui sont structurés par départements.
 - Les réseaux de soins auxquels participent certains pharmaciens d'officine (cancer, diabète, etc.) et tout autre réseau professionnel.
- Néanmoins, on constate que les pharmaciens sont faiblement représentés dans les instances régionales, contrairement par exemple aux médecins libéraux, et les interlocuteurs ne sont pas toujours identifiés.

QUELQUES EXEMPLES D'ACTIONS

- « *Dépistage du diabète dans les pharmacies* », Ordre régional des pharmaciens, Urcam, GRSP Auvergne.
- « *Prévention du risque iatrogène lié aux anticoagulants par les pharmaciens hospitaliers et libéraux, en collaboration avec prescripteurs, biologistes, infirmiers* », ARH Bretagne.
- « *Prévention des interruptions volontaires de grossesse dans les pharmacies et bon usage du Norlevo®* », DRASS Auvergne.
- « *Pharmaciens d'officine et prévention du risque allergique liée à l'ambroisie* », DRASS Rhône-Alpes.
- « *Campagne d'information sur le bon usage des médicaments dans les pharmacies* », Association des pharmaciens maîtres de stages, Bretagne.
- « *Prévention des cancers de la peau dans les pharmacies françaises* » ; « *Éducation thérapeutique du patient asthmatique dans les pharmacies* », Ordre national des pharmaciens via le Cespharm.

ORIENTATIONS EN MATIÈRE DE QUALITÉ ET DE PROFESSIONNALISATION

- Promouvoir le rôle des pharmaciens en matière de prévention en disposant dans les ARS, au niveau régional, d'un référent « *pharmacie santé publique et prévention* ».
- Faire participer les pharmaciens d'officine aux structures de coordination régionales et identifier les interlocuteurs professionnels, notamment au travers des unions régionales des professions de santé.
- Constituer une structure régionale technique chargée du déploiement et de l'évaluation des actions de prévention auprès des pharmaciens.
- Identifier, dans les programmes régionaux de santé publique, les secteurs de la population non couverte et le rôle des pharmaciens dans la réduction des inégalités.

- Impliquer les pharmaciens dans la surveillance des besoins de santé des populations.
- Contractualiser, au niveau régional, local ou au travers des projets territoriaux de santé, la participation des pharmaciens aux politiques de santé publique.
- Assurer un mode de rémunération national, régional ou local, pour les pharmaciens engagés dans des programmes régionaux de prévention.
- Identifier et reconnaître l'engagement individuel des pharmaciens d'officine en matière de santé publique et prévention.
- Susciter et accompagner la mise en place collective dans les pharmacies d'une démarche qualité sur les actions de prévention liées à la vente de produits de santé.
- Développer la qualité et la gestion des risques au travers d'une approche évaluative en pharmacie.

Médecins et prévention

PRÉVENTION : DE QUOI PARLE-T-ON ?

On constate actuellement une confusion générale dans l'emploi de termes, recouvrant pourtant des concepts différents, qui parfois s'emboîtent l'un dans l'autre, mais qui parfois ont une logique bien différente :

- prévention : primaire, secondaire, tertiaire, universelle, ciblée...
- prévention médicalisée, éducation pour la santé, éducation thérapeutique, promotion de la santé, santé publique...

Est-ce gênant ?

- Oui ! Car si on croit parler de la même chose, on peut se rendre compte au détour d'un texte, d'un débat, ou durant un séminaire que les mots n'ont pas le même sens, que l'on baigne dans des approximations qui peuvent générer des incompréhensions, voire des tensions.
- Oui ! Car l'absence de lisibilité contribue à la dévalorisation de ce qui pourrait être une vraie spécialisation.

Les différents termes utilisés ne sont pas équivalents. Le contenant le plus large est la **santé publique**, c'est-à-dire ce domaine qui inclut la connaissance/l'observation de l'état de santé de la population et l'ensemble des réponses apportées aux besoins de santé, qu'ils relèvent du soin, de la réhabilitation/rééducation ou de la prévention. La **promotion de la santé** est un domaine complémentaire, qui traite de la capacité des individus et des populations à faire des choix éclairés pour optimiser leur état de santé et de la volonté politique à produire des environnements sains. La **prévention** cible la « maladie », le « handicap » qu'il faut éviter, qu'il faut détecter très tôt ou dont il faut éviter l'aggravation, les séquelles et complications, etc.

L'éducation pour la santé, l'éducation thérapeutique, le dépistage, la vaccination, etc., sont des outils ou des méthodes/dispositifs utiles et utilisés dans un objectif de prévention et, en ce qui concerne l'éducation pour la santé, dans un objectif de promotion de la santé (*empowerment*).

Plutôt que de reprendre les définitions de l'OMS ou d'autres sources, nous préférons, pour répondre à la question posée, créer une typologie des activités que nous intégrons dans une approche large du terme prévention.

LES MÉDECINS ET LA PRÉVENTION

QUI SONT-ILS ?

Ceux qui travaillent auprès des populations :

- médecins libéraux : généralistes, pédiatres, gynécologues, etc. ;
- médecins de l'Éducation nationale et médecins scolaires des villes ;
- médecins territoriaux :
 - *conseils généraux* : PMI, services actions de santé, centres de planification familiale, services PA/PH (personnes âgées/personnes handicapées) ;
 - *services santé des villes* : hygiène et santé publique, santé scolaire ;
- médecins du travail (entreprises) et médecins de prévention (administrations) ;
- médecins des CPAM ;
- médecins des centres de santé ;
- médecins hospitaliers ;
- médecins des associations (réseau Cres/Codes, associations thématiques) et ONG.

Ceux qui, positionnés auprès des décideurs, planifient, pilotent, régulent les **dispositifs et programmes de prévention** :

- médecins inspecteurs de la santé publique ;
- médecins conseillers des inspecteurs d'académie et des recteurs ;
- médecins conseillers régionaux jeunesse et sports ;
- médecins inspecteurs régionaux du travail et de la main-d'œuvre ;
- médecins de santé publique placés auprès des élus des grandes villes ;
- médecins des services chargés des actions de santé des conseils généraux.

QUELLES MISSIONS ? QUELLES ACTIVITÉS DE PRÉVENTION ?

On peut distinguer trois grandes approches, selon que les pratiques de prévention :

- s'adressent essentiellement à des individus ;
- visent essentiellement une approche collective ;
- ou mixent les deux approches.

CEUX QUI EXERCENT ESSENTIELLEMENT DANS LE CADRE D'UNE RELATION DUELLE (APPROCHE INDIVIDUELLE)

Qui	Quoi	Quel public	Formation spécifique autre que formation médicale initiale
Médecins généralistes et spécialistes, libéraux ou hospitaliers	<ul style="list-style-type: none"> ■ Information, éducation pour la santé ■ Éducation thérapeutique du patient ■ Dépistages (en fonction des tranches d'âge) ■ Vaccinations 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Tout venant, adultes et enfants ■ Patients avec pathologie grave et/ou chronique ■ Sur signe d'appel ou incitation dans le cadre de programmes de dépistage systématique 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Oui, possible : offre récente (ETP)
Médecins de PMI	<ul style="list-style-type: none"> ■ Information, éducation pour la santé ■ <i>Dépistage de la maltraitance et des carences</i> ■ Dépistage petite enfance ■ Vaccinations 	Famille Nourrissons, petite enfance (bilan de santé écoles maternelles)	
Médecins des centres de planning familial	<ul style="list-style-type: none"> ■ Information, éducation pour la santé ■ Prévention des infections sexuellement transmissibles ■ Prévention des grossesses précoces 	Tout venant, essentiellement femmes mais pas uniquement Adolescentes et jeunes	
Médecins des centres de santé	<ul style="list-style-type: none"> ■ Information, éducation pour la santé ■ Dépistages (en fonction des tranches d'âge) 	Adultes dans le cadre des bilans de santé proposés aux salariés tous les 5 ans (Cnamts)	
Médecins ONG	<ul style="list-style-type: none"> ■ Information, éducation pour la santé ■ Dépistages et orientation vers une prise en charge (alcoolisme, toxicomanie, infections sexuellement transmissibles, etc.) ■ Accès aux soins et à la prévention 	Adultes, population en marge du système de soins	Formation d'adaptation à cet exercice souvent proposée

CEUX QUI EXERCENT ESSENTIELLEMENT DANS LE CADRE D'UNE APPROCHE COLLECTIVE

Qui	Quoi	Quel public	Formation spécifique
Médecins des services de santé des villes (bureau d'hygiène, etc.)	Élaboration ou déclinaison de politiques locales : action sur les déterminants de santé	Au bénéfice de la population locale : enfance (crèche, école, restauration), jeunes et adultes (cadre de vie, sécurité...)	Formation d'adaptation à l'emploi post-recrutement (très réduite depuis 2008), dont une semaine à l'EHESP, partenariat CNFPT/INET/EHESP
Médecins des services de santé des conseils généraux	Élaboration ou déclinaison de politiques locales : action sur les déterminants de santé	Toute population	<i>idem</i>
Médecins inspecteurs de la santé publique	Élaboration, déclinaison, pilotage, régulation des politiques de santé dans les services déconcentrés : action sur les déterminants de la santé, sur les dispositifs de prévention, les grandes thématiques des 100 objectifs de la loi de Santé publique Prévention : contrôle, inspection des établissements, dispositifs, etc. Gestion des situations à risque et des alertes sanitaires	Toute population ou segment de population, selon thématique d'un département ou d'une région	Formation EHESP d'un an en santé publique et promotion de la santé
Médecins conseillers des recteurs et des inspecteurs de l'académie	Élaboration, déclinaison, pilotage, régulation des politiques de santé dans les services déconcentrés de l'Éducation nationale : action sur les déterminants de la santé, sur les dispositifs de prévention, les grandes thématiques des 100 objectifs de la loi de Santé publique Gestion des situations à risque et des alertes sanitaires	Population enfants scolarisés, familles	Formation d'adaptation à l'emploi Passage antérieur en formation à l'EHESP

Qui	Quoi	Quel public	Formation spécifique
Médecins inspecteurs régionaux du travail et de la main d'œuvre			Formation 8 semaines à l'EHPSP, partiellement commune avec les MISP, depuis 2006 (années paires)
Médecins CPAM et médecins des réseaux Cres – Codes	Conception et mise en œuvre de projets ou d'actions d'éducation pour la santé	Tout public	

CEUX QUI TRAVAILLENT À LA FOIS DANS LE DOMAINE DE LA PRÉVENTION INDIVIDUELLE ET DANS UNE APPROCHE COLLECTIVE

Qui	Quoi	Quel public	Formation spécifique
Médecins de l'Éducation nationale	En individuel Dépistages : déficiences sensorielles, dépistage des troubles du développement, du langage et autres apprentissages, dépistage de la souffrance psychique <i>Dépistage de la maltraitance et des carences</i> Prévention de l'échec scolaire et de l'exclusion sociale : adaptation de la scolarité pour tout élève présentant des besoins spécifiques (handicap, troubles spécifiques du langage) <i>Éducation pour la santé</i>	Enfants et adolescents dans le système éducatif	EHPSP
	Approche collective Actions sur l'environnement (hygiène et sécurité) : prévention des accidents (ateliers...), prévention des TIAC et autres risques sanitaires Participation au CESC et CHS Conseils aux acteurs de l'éducation pour la santé : actions sur les déterminants de la santé et sur le développement des compétences psychosociales	<i>Idem</i> + les personnels de la communauté scolaire	De 8 à 16 semaines (santé publique, prévention, promotion de la santé, éducation pour la santé)
Médecins du travail	En individuel Bilan de santé, étude du poste, analyse des contre-indications éventuelles, éducation pour la santé, dépistage de l'alcoolisme, de l'usage de drogues et des risques potentiels	Tout salarié de l'entreprise	Diplôme spécialisé de médecine du travail
	Approche collective Actions sur l'environnement : prévention des accidents, adaptation des postes de travail, prévention des maladies professionnelles		
Médecins de prévention dans les administrations : Par ex. : Éducation nationale, fonction publique territoriale...	En individuel Bilan de santé, étude du poste, analyse des contre-indications éventuelles, éducation pour la santé, dépistage de l'alcoolisme, de l'usage de drogues et des risques potentiels	Salariés de la fonction publique	Diplôme spécialisé de médecine du travail
	Approche collective Actions sur l'environnement : prévention des accidents, adaptation des postes de travail, prévention des maladies professionnelles		
Médecins de PMI	En individuel Information, éducation pour la santé Dépistage petite enfance <i>Dépistage de la maltraitance et des carences</i> Vaccinations	Enfants et familles Population sur un territoire	
	Approche collective Élaboration et conduite de projet ou d'actions en direction des familles		

QUELLES FORMATIONS ?

Tous les médecins acquièrent des connaissances dans le domaine de la prévention lors de leur formation médicale initiale.

Pour la majorité cependant, ce domaine ne fera pas l'objet de formations plus spécifiques au cours de leur carrière, sauf peut-être en ce qui concerne la prévention « médicalisée » (vaccinations, dépistages systématiques, etc.) et l'évolution des protocoles, par le biais de la formation médicale continue (FMC).

Les médecins libéraux et hospitaliers, généralistes ou spécialistes ne sont pas formés systématiquement en éducation pour la santé (qui se réduit ainsi à une simple transmission d'information). L'émergence de la notion d'éducation thérapeutique du patient a fait surgir de nombreuses propositions de formation et on pourrait imaginer que les premiers bénéficiaires en soient les médecins.

Les seuls médecins bénéficiant d'une formation significative dans le champ de la prévention (approche individuelle et collective) et en éducation pour la santé, sont **les médecins de l'Éducation nationale**¹. Depuis 1995, tous les lauréats des concours de l'Éducation nationale (hormis des dérogations conjoncturelles) bénéficient d'une formation statutaire, assurée par l'EHESP (ex-ENSP). Ce mode d'exercice constitue le prototype de l'exercice médical dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé.

LA PROFESSIONNALISATION ET SES ENJEUX : AMÉLIORER LA QUALITÉ ET L'EFFICACITÉ DE LA PRÉVENTION

La mise en place des ARS et d'un pôle en prévention et promotion de la santé en son sein peut contribuer, si volonté politique et moyens adéquats il y a, à améliorer la qualité et l'efficacité de la prévention à condition de développer les points suivants :

■ **La reconnaissance sociale** du champ de la prévention et sa valorisation au même niveau que les soins, qui passe par une évolution des mentalités et une volonté politique traduite en actes, comme par exemple la reconnaissance et **la valorisation des acteurs du champ de la prévention** :

- Financement des actes ;
- Évolution salariale conséquente pour les médecins exerçant spécifiquement dans le domaine de la prévention, avec l'obtention d'une formation

spécifique (les médecins exerçant en médecine scolaire sont au niveau le

1. Le corps des médecins de l'Éducation nationale, créé en 1991, bénéficie depuis 1995 d'une formation spécialisée à l'EHESP, ce qui dénote, de la part du ministre de l'Éducation, une volonté de disposer de médecins « experts » dans le système éducatif. Cependant, aujourd'hui encore ces médecins souffrent d'une part d'un défaut de connaissance de l'évolution de leur métier (qui reste encore lié, trop souvent, au seul mot-clé de « bilan de santé ou visite médicale ») de la part des décideurs et experts, notamment des autres ministères, et de re-connaissance de leurs compétences nouvelles, donc d'une sous-utilisation de leurs compétences réelles sur leur territoire. Le pilotage « santé » au ministère de l'EN semble souffrir d'un certain isolement. Il était prévu – rappelons-le – lors de la création de ce corps sous tutelle Éducation nationale un pilotage interministériel qui n'a jamais été mis en place.

plus bas des échelles de rémunération, toutes catégories de médecins confondues!).

- **Une meilleure gestion des ressources humaines** passant par la valorisation des compétences acquises par la formation. Le défaut de valorisation du champ de la prévention, allié aux pressions économiques actuelles (réduction des postes, par exemple), font que les compétences spécifiques acquises par les médecins de l'Éducation nationale sont sous-utilisées sur le terrain au profit d'une production quantitative dont l'efficacité reste à prouver !
- **Le décloisonnement interinstitutionnel** et intercatégoriel pour assurer une approche globale, cohérente dans la chaîne soins (prévention, réadaptation, promotion de la santé, prévention, soins, etc.), et pour une approche globale, décloisonnée/articulée/cohérente, autour de la santé d'une même population (par exemple PMI, médecine scolaire, pédiatre, médecin traitant).
- **Un pilotage unique ou unifié** pour une meilleure utilisation, voire un meilleur partage des compétences, sur un même territoire au plus près des populations (*cf.* note 1).
- La création de **référentiels des pratiques de prévention**, partagés et validés (INPES/EHESP ?) permettant, par exemple, de mettre en place un dispositif d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) dans le domaine de la prévention.
- **L'évaluation systématique** des pratiques, des dispositifs, des programmes, des réformes impulsées.
- **Le développement de la recherche** sur les méthodes, les procédures, les outils qui ont fait (ou font) leurs preuves dans le domaine de la prévention.
- **L'accès à la formation**, de préférence interinstitutionnelle, qui exige d'aborder la question du financement de la formation continue selon les statuts.

LES PERSPECTIVES DE PROFESSIONNALISATION

- **Un atout : la territorialisation.** Le projet de loi avec la création des ARS pourra faciliter la reconnaissance des métiers de la prévention et des pratiques, leur articulation, leur mise en cohérence sur un territoire donné pour une population donnée.
- **Le développement des référentiels** métiers et des référentiels de compétences développés à l'EHESP, mais aussi à l'INPES, pour l'éducation à la santé et l'éducation thérapeutique favorise l'émergence d'une meilleure lisibilité des fonctions de prévention, base d'un référentiel spécifique.
- **L'évolution de l'offre de formation** : vers une offre diplômante, attrait pour les professionnels, valorisation du domaine de la prévention et promotion de la santé.
- **Le développement de formations interinstitutionnelles/interprofessionnelles** : médecins libéraux, hospitaliers, salariés non hospitaliers (fonction publique État et territoriale, associatifs, etc.).
- **Le dispositif DIF** (droit individuel à la formation) ouvre, dans la période actuelle de difficulté d'accès à une formation continue répondant aux

demandes et besoins, dans certaines administrations, des possibilités nouvelles (un droit nouveau).

PROJETS EHESP EN DIRECTION DES MÉDECINS

- Un atout : agrément de la formation médicale continue (FMC) pour les trois collèges (médecins libéraux, médecins hospitaliers, médecins salariés non hospitaliers), mais *quid* du dispositif FMC, en attente de la loi HPST ?
- Mastère spécialisé pour les professions médicales orienté sur la territorialisation des politiques de santé, en cours de construction.
- Projet de formation diplômante (type DU), en cours d'élaboration, sur les problématiques de l'enfance et de l'adolescence privilégiant une approche pluridisciplinaire et ayant pour objectif le développement des complémentarités entre les acteurs médicaux (médecins traitants, pédiatres, médecins de PMI, médecins scolaires, pédopsychiatres, etc.).
- Poursuite de l'action DGS sur le repérage précoce des signes de souffrance psychique (PMI, médecins scolaires, psychologues cliniciens, pédopsychiatres, etc.).
- De nombreuses offres non spécifiques mais ouvertes aussi aux médecins :
 - *Master of public health* ;
 - master droit, éthique, santé ;
 - master promotion et éducation pour la santé des enfants, adolescents et jeunes adultes ;
 - master pilotage des politiques et actions en santé publique.



ANNEXES

- 129 | Annexe 1. Références bibliographiques
- 130 | Annexe 2. Formations
- 133 | Annexe 3. Équipe de recherche PAEDI, équipe d'accueil n° 4281 Université Blaise-Pascal, Clermont-Ferrand
- 141 | Annexe 4. Le diagnostic local de santé : un peu de méthode
- 144 | Annexe 5. Le recrutement d'un animateur territorial de santé
- 146 | Annexe 6. Principaux sigles

ANNEXE 1

Références bibliographiques

1. 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-Territoires*, octobre 2008.
2. 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 dossiers en santé publique*, n° 63, juin 2008.
3. Les contributions des débats des sociétés régionales de santé publique en région sous l'impulsion de la société française de santé publique (SFSP) 2008
 - Aquitaine
 - Auvergne
 - Bourgogne
 - Bretagne, janvier 2009
 - Centre
 - Champagne-Ardenne
 - Franche-Comté
 - Haute-Normandie janvier 2009
 - Languedoc-Roussillon
 - Lorraine
 - Pays de la Loire
 - Poitou-Charentes
 - Provence-Alpes-Côte d'Azur
4. Conférence nationale de santé. La mobilisation des acteurs dans la prévention. Adopté en séance plénière de la Conférence nationale de santé du 13 octobre 2008. (Avis relatif à la mobilisation des acteurs dans la prévention. Adopté à la session plénière de la Conférence...).
5. Colloque « Hôpital et santé publique », organisé par le GRSP Paca le 22 février 2007.
6. DGS. Bilan des GRSP, décembre 2007.
7. Colloque des groupements régionaux de santé publique : février 2008 à Ajaccio, novembre 2008 à Nancy.
8. Journée d'échanges interrégionale Centre Auvergne : Territoires et financements des acteurs de santé publique en région, 24 juin 2009.

ANNEXE 2

Formations

DIPLÔMES UNIVERSITAIRES

Aquitaine

DU Méthodes et pratiques de la promotion de la santé

33 – Bordeaux

DU Principes de l'intervention en promotion de la santé

33 – Bordeaux

Basse-Normandie

DU Chargé de projet en éducation pour la santé

14 – Hérouville-Saint-Clair

Bretagne

DU De l'information à la concordance : l'éducation du patient

29 – Brest

Centre

DU Éducation pour la santé/Éducation thérapeutique

28 – Chartres et 37 – Tours

Île-de-France

DU Éducation thérapeutique, prévention et maladies chroniques

75 – Paris

DU L'éducation en santé, un outil de la prévention

93 – Bobigny

Languedoc-Roussillon

DU Formation des professionnels de santé à l'éducation pour la santé des patients

34 – Montpellier

Lorraine

DU Fondamentaux en santé publique en e-learning

DU Projet en promotion de la santé en e-learning

DU Investigation en santé publique en e-learning

DIU Qualité – Accréditation – Évaluation des établissements en présentiel

54 – Nancy

Midi-Pyrénées

DU Éducation thérapeutique
31 – Toulouse

Nord-Pas-de-Calais

DU Éducation du patient
59 – Lille

Pays de la Loire

DU Prévention et promotion de la santé
44 – Nantes

Picardie

DIU Des concepts à la pratique : le sujet malade, la chronicité et l'alliance thérapeutique
80 – Amiens

La Réunion

DU Éducation pour la santé : formation des patients atteints d'une maladie chronique
974 – La Réunion

Rhône-Alpes

AEU Éducation pour la santé
69 – Lyon

MASTERS**Aquitaine**

Master Psychologie de la santé
33 – Bordeaux
Master professionnel Sciences de la vie et de la santé ; Promotion de la santé et développement social
33 – Bordeaux
Master 2 professionnel Évaluation des actions et des systèmes de santé
33 – Bordeaux

Auvergne

Master 2 professionnel Éducation et santé publique ; Éducation à la santé des enfants, adolescents et jeunes adultes
63 – Clermont-Ferrand

Bretagne

Master 2 Psychologie sociale et communautaire de la santé
35 – Rennes

Centre

Master 2 professionnel Promotion et gestion de la santé
37 – Tours

Haute-Normandie

Master 2 professionnel Parcours Ingénierie de l'éducation thérapeutique
76 – Rouen

Île-de-France

1^{re} et 2^e année Éducation clinique et santé, spécialisée éducation et santé
93 – Bobigny

Languedoc-Roussillon

Master Actions de prévention sanitaire et sociale
34 – Montpellier

Lorraine

Master santé publique et environnement spécialité : Intervention en promotion de la santé – M1 : en e-learning et M2 en présentiel
54 – Nancy

Nord-Pas-de-Calais

Master professionnel Pratiques et politiques locales de santé
59 – Villeneuve d'Ascq
Master 1 et 2 Sciences humaines et sociales Mention Santé prévention, rééducation et insertion sociale, spécialité éducation et santé
59 – Villeneuve d'Ascq

Provence-Alpes Côte d'Azur

1^{re} et 2^e année Prévention et éducation pour la santé
13 – Marseille

Rhône-Alpes

2^e année Promotion et éducation pour la santé

69 – Lyon

AUTRES DIPLÔMES**Aquitaine**

Licence professionnelle Promotion de la santé et éducation pour la santé

33 – Bordeaux

Lorraine

Licence Ingénierie de la santé Parcours sciences sanitaires et sociales en e-learning

54 – Nancy

Nord-Pas-de-Calais

Licence sciences de l'éducation, parcours éducation, formation, santé

Certificat de pratiques éducatives en santé.

Éducation pour la santé, éducation thérapeutique du patient

59 – Lille

ANNEXE 3

Équipe de recherche PAEDI, équipe d'accueil n° 4281 Université Blaise-Pascal, Clermont-Ferrand

ENJEUX

L'équipe d'accueil (EA n° 4281), de création récente, a pour but de poursuivre et d'amplifier l'activité scientifique de la jeune équipe PAEDI (laboratoire Processus d'action des enseignants : déterminants et impacts) reconnue depuis 2004. Au sein de ce laboratoire s'est constitué un groupe de recherche en éducation à la santé composé d'enseignants-chercheurs, de professionnels associés et de doctorants.

DIAGNOSTIC - CONSTATS

L'émergence de l'« éducation à la santé » comme domaine de recherche en éducation est un phénomène récent. En effet, si la prévention a été l'objet de nombreuses recherches depuis plusieurs décennies, il faut attendre les années 1980 pour voir se développer des travaux relatifs à l'éducation et les années 1990 pour assister aux premiers colloques spécifiques sur l'éducation à la santé en milieu scolaire (ou à la multiplication de symposiums thématiques au sein de colloques plus généraux). Actuellement le champ est en cours de

structuration avec, entre autres, la création d'un réseau thématique de recherche en éducation à la santé au niveau national et international.

L'expertise collective Inserm, *Éducation pour la santé des jeunes* (Inserm, 2001) a permis de dresser un état des recherches en éducation à la santé : celles-ci sont à la fois abondantes et hétérogènes. Leur diversité tient à la multiplicité de leurs objets d'études et à l'hétérogénéité de leurs cadres de référence, issus essentiellement de la santé publique mais aussi des sciences de l'éducation, de la sociologie, de la psychologie ou de l'anthropologie. L'examen de la littérature scientifique produite en France sur ce sujet révèle la modestie de la contribution hexagonale (Arwidson P., 2001), raison de plus pour la développer avant de passer à des dimensions internationales. Les travaux menés dans notre pays sont, d'une part, des études épidémiologiques (consommation de substances psychoactives par les lycéens par exemple), d'autre part, des innovations contrôlées, sous-

tendues par des modèles peu explicites, prenant la forme de récits de pratiques érigés en modèles d'action. Le travail préalable d'analyse des pratiques effectives et des représentations des acteurs n'est que partiellement mené à bien. La modélisation des principaux processus conduisant à la mise en œuvre d'actions d'éducation à la santé est peu explorée. L'évaluation des programmes éducatifs ainsi que l'influence réelle des différents déterminants des situations d'apprentissage dans le domaine de la santé et de la sécurité restent encore peu étudiées. L'identification des situations d'étude ayant trait à l'éducation à la santé, à leurs déterminants et de leurs impacts, reste incomplète voire inexistante. De plus, la conception d'outils, et leur mise en rapport avec d'éventuels effets à l'usage des praticiens, est rare.

La relative pauvreté des recherches sur l'éducation à la santé n'est pas due à une quelconque « confiscation » du domaine par les équipes issues de la recherche biomédicale, mais plutôt à l'absence d'équipes structurées œuvrant dans le champ de l'éducation. C'est d'autant plus regrettable que, depuis de nombreuses années, les données issues de la santé publique plaident pour le développement de la prévention et de l'éducation à la santé (Bury, 1988¹). En effet, si la santé est un élément déterminant de l'épanouissement personnel et du bien-être des individus, consacrer des moyens toujours plus importants aux services de soins s'avère insuffisant pour améliorer l'état de santé d'une population (HCSP, 1997). La mise en œuvre d'une prévention précoce des conduites à risque (conduites suicidaires, consommation de substances psychoactives, violence, accidents de la route, etc.) répond à une demande sociale forte, traduite à l'échelon politique de façon constante depuis des années (ministère de la Santé, 2001). Or, l'efficacité des politiques de prévention dépend large-

ment de l'adhésion des citoyens et, par conséquent, de leur éducation. Ainsi les autorités politiques ont-elles réaffirmé à de multiples reprises la mission de l'école en la matière (en complémentarité avec les autres structures sociales impliquées dans l'éducation à la santé). Depuis les « leçons de morale » sur l'hygiène, la tuberculose ou l'alcoolisme à la fin du XIX^e siècle jusqu'à l'intégration de l'éducation à la santé dans les programmes scolaires de 1995 et 2002, l'école constitue l'un des principaux lieux de prévention et d'éducation à la santé.

La conception actuelle de l'éducation à la santé en fait une composante de l'éducation de la personne et du citoyen (ministère de l'Éducation nationale, 1998, 2003) dans une perspective d'apprentissage de la liberté et du « vivre ensemble », mais aussi d'une éducation au choix. Cette conception légitimée par les missions mêmes de l'école, qui visent à donner aux individus les moyens de leur autonomie, s'appuie sur le fait que les approches « prescriptives » ont clairement montré leurs limites vis-à-vis des problèmes de santé publique actuels (Deschamps, 1984²). À titre d'exemple, les travaux d'épidémiologie indiquent que la mortalité prématurée des adolescents (accidents et suicides) est fortement liée à des facteurs comportementaux qui découlent d'une surexposition aux risques et d'une fragilité psychologique propre à cette phase de transition dans le développement de la personne. Conséquence d'une violence envers soi et envers les autres, ces comportements traduisent la difficulté à communiquer autrement que par les passages à l'acte, seul langage disponible pour celui qui n'en maîtrise pas d'autres (San Marco J. L., 2001³) et souvent symptôme d'une estime de soi fragile (Fortin J., 2001⁴). Pour préve-

1. Bury, J. A. *L'Éducation pour la santé. Concepts, enjeux et planification*. 1988, De Boeck université.

2. Deschamps J.-P. Porter un regard nouveau sur l'éducation pour la santé. *La revue du praticien*, 1984; n° 34 : p. 485-97.

3. San-Marco, J. L. De la prévention des maladies à la promotion de la santé : Manifeste pour une éducation active à la santé. *THS La revue*, 2000.

4. Fortin, J. L'adolescent contrevenant : l'exemple de l'institution scolaire. *Archives de pédiatrie*, mai 2001.

nir ce type de comportements, l'injonction à ne pas prendre de risque routier ou bien à ne pas se suicider a peu de chance d'être efficace! C'est sur le terrain des déterminants éducatifs de la structuration de la personne et de la capacité à communiquer que les politiques éducatives ont choisi d'agir en plaçant le développement des compétences psychosociales parmi les missions de l'école. De fait, l'éducation à la santé entretient alors des liens avec la question des apprentissages, du développement de la personne et de ses rapports à l'autre. Éduquer à la santé apparaît donc tout autant comme une problématique d'éducation que comme une problématique de santé. Elle ne saurait pour autant se limiter aux apprentissages, car les conditions de vie dans l'établissement scolaire, la prise en compte de la santé et du bien-être des élèves jouent également un rôle déterminant (Allensworth et Kolbe, 1987⁵, Gold, 1994⁶).

OBJECTIFS

Objectif général

La complexité des interactions à l'œuvre dans ce champ de l'action éducative rend nécessaire un travail de recherche approfondi sur les pratiques, leurs effets et leurs déterminants. Ce travail liant à la fois les problématiques de santé et celles de l'éducation postule une perspective pluridisciplinaire capable de prendre en compte cette complexité et de proposer des modélisations accessibles aux acteurs de l'éducation comme à ceux de la santé. Aucun modèle ou champ conceptuel, aucune approche méthodologique ne peut prétendre seule éclairer l'ensemble des aspects de l'éducation à la santé. L'ambition du travail n'est pas de maîtriser l'ensemble des phénomènes constitutifs des situations d'éducation à la santé

mais de comprendre les interdépendances qui peuvent se nouer entre les problématiques de santé et celles d'éducation dans le contexte spécifique du milieu scolaire. Approfondir la connaissance des pratiques des enseignants, identifier leurs représentations quant à leur rôle, leurs missions et leurs compétences, mettre en évidence l'impact et les déterminants de leurs actions, développer l'étude des pratiques de formation initiale et continue des maîtres dans ce domaine, constitueront ses objectifs principaux.

Objectifs opérationnels ou spécifiques

Dans le contexte social et scientifique actuel et parce que notre équipe s'inscrit dans le champ scolaire, parmi les nombreux enjeux liés au développement des recherches en éducation à la santé, trois axes de recherche apparaissent comme particulièrement saillants et sont étroitement liés aux spécificités et aux préoccupations propres au milieu scolaire. Ils fédèrent l'ensemble de nos programmes de recherche **[figure 1]**.

- Axe 1. Analyse de l'activité d'enseignement : étude des processus d'action des enseignants et de leurs déterminants.
- Axe 2. Impact de l'enseignement sur les apprentissages : étude de l'impact des pratiques effectives d'enseignement sur les apprentissages des élèves.
- Axe 3. Enseignement et formation professionnelle : étude de l'influence des connaissances scientifiques relatives à l'activité d'enseignement sur la définition des orientations et des modalités de la formation professionnelle ou, inversement, de l'impact de la formation professionnelle initiale ou continue sur les pratiques d'enseignement.

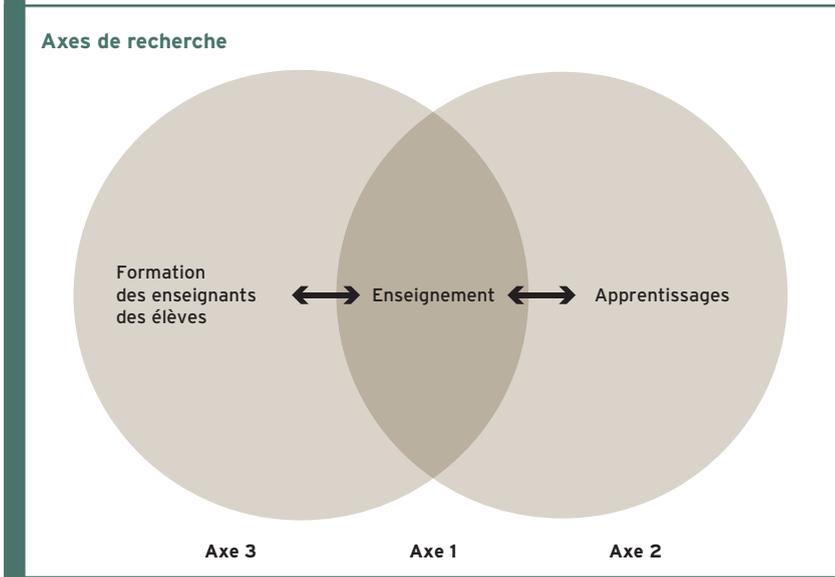
THÈMES D' ACTIONS

Le fait de présenter nos études selon trois axes ne doit pas conduire à mettre au second plan l'unité de notre projet. C'est bien autour de la mise en synergie des différents paramètres du système organisé

5. Allensworth D.D. et Kolbe, L.J. The comprehensive school health program : exploring an expanded concept. *Journal School Health*, 1987, 57 (10), 409-412.

6. Gold, (1994). The science base for comprehensive health education. In P. Cortese et K. Middleton (Eds) *The comprehensive school health challenge : promoting health through education*. Santa Cruz CA.

FIGURE 1



par l'éducation à la santé scolaire que les travaux de l'équipe s'articulent de manière plurielle.

Il s'agit pour nous :

- D'étudier les représentations et les pratiques effectives des acteurs de l'éducation à la santé et donc de dresser un état des lieux, d'une part, des dispositifs d'enseignement utilisés (objectifs, situations, modalités d'évaluation) et, d'autre part, des partenariats entre les différents acteurs de l'éducation à la santé (enseignants, personnels d'encadrement, travailleurs sociaux, personnels de santé scolaire, etc.) ; la finalité étant de modéliser les conduites des enseignants (du premier et du second degré) et leurs représentations sur l'éducation à la santé ainsi que sur leurs propres rôles et missions en ce domaine.

- D'évaluer l'impact des actions éducatives conduites et de développer pour cela de nouvelles méthodologies d'évaluation (notamment pour l'évaluation des dispositifs et des partenariats).

- D'étudier les formations actuellement proposées dans le domaine de l'éducation à la santé, d'identifier les représentations des professionnels en formation, de produire des outils pédagogiques à destination des personnels et d'élaborer des programmes de formation adaptés au contexte présent.

Dans la continuité du travail réalisé au cours du quadriennal précédent, les opérations de recherche s'organiseront comme indiqué sur le tableau ci-dessous.

Axe 1. Analyse des pratiques des enseignants et autres acteurs de l'éducation à la santé en milieu scolaire

1. ÉTUDES DES PRATIQUES INDIVIDUELLES DES ACTEURS DE L'ÉDUCATION À LA SANTÉ EN MILIEU SCOLAIRE			
11. Pratiques ordinaires			
Pratiques et représentations des enseignants du primaire			
Études des pratiques déclarées	Jourdan D., Berger D., Pommier J., Carvalho G. (université de Braga, Portugal)	Continuité de l'opération 1	Étude des pratiques, de leurs déterminants et de leurs évolutions
Pratiques et représentations des enseignants du secondaire			
Études des pratiques déclarées	Jourdan D., Mérini C., Berger D., Rochigneux J.-C., Thomazet S.	Continuité des opérations 3 et 4	Étude des pratiques, de leurs déterminants et de leurs évolutions
Étude des pratiques et des représentations des enseignants sénégalais en matière d'éducation à la sexualité	Jourdan D., Diagne F, Diallo MT (université de Dakar, Sénégal)	Continuité de l'opération 5	Étude des pratiques, de leurs déterminants et de leurs évolutions
Pratiques et représentations des personnels de santé			
Pratiques de prise en charge de la santé des élèves dans les pays européens	Pommier J., Jourdan D., Nache C., Carvalho G. (université de Braga, Portugal)	Continuité de l'opération 7	Étude des pratiques, de leurs déterminants et de leurs évolutions
12. Pratiques modifiées par l'implication dans des dispositifs spécifiques			
Pratiques et représentations des enseignants du primaire			
Étude de l'influence d'un programme d'éducation à la santé sur les pratiques et les représentations d'enseignants du primaire	Jourdan D., Simar C, Stirling J.	Continuité de l'opération 8	Étude de l'influence d'un dispositif sur les pratiques et les représentations des professionnels
Pratiques et représentations des enseignants du secondaire			
Étude de l'influence de l'implication dans un programme de prévention du tabagisme sur les pratiques et les représentations des personnels de lycées	Jourdan D., Pizon F., Grondin M.-A., Gerbaud L.	Continuité de l'opération 9	Étude de l'influence d'un dispositif sur les pratiques et les représentations des professionnels
2. ÉTUDES DES PRATIQUES COLLECTIVES DES ACTEURS DE L'ÉDUCATION À LA SANTÉ EN MILIEU SCOLAIRE			
21. Pratiques ordinaires			
Étude des pratiques collectives en éducation à la santé dans les écoles primaires	Victor P., Mérini C., Berger D., Nache C., Jourdan D.	Continuité de l'opération 10	Étude des pratiques, de leurs déterminants et de leurs évolutions
Étude de la coopération parents-professionnels sur l'objet « santé »	Mackiewicz M.-P., Mérini C., Bizzoni-Prévieux C.	Nouvelle opération (n° 21)	Étude des pratiques, de leurs déterminants et de leurs évolutions
Étude des innovations dans le champ de la prévention : le rôle des associations à l'école en éducation à la santé	Mackiewicz M.-P., Mérini C., Bizzoni-Prévieux C.	Nouvelle opération (n° 22)	Étude des pratiques, de leurs déterminants et de leurs évolutions
22. Pratiques modifiées par l'implication dans des dispositifs spécifiques			
Pratiques dans l'enseignement primaire			
Analyse comparée, entre la France et le Canada, de l'impact de l'implication dans un programme d'éducation à la santé sur les dynamiques collectives de travail des équipes éducatives	Mérini C., Bizzoni-Prévieux C., Grenier J. (UQAM-Québec Canada), Jourdan D.	Continuité de l'opération 11	Étude de l'influence d'un dispositif sur les pratiques des professionnels
Pratiques dans l'enseignement secondaire			
Étude de l'influence de l'implication dans un programme de prévention du tabagisme sur les dynamiques collectives de travail en lycée	Pizon F., Jourdan D., Mérini C.	Continuité de l'opération 13	Étude de l'influence d'un dispositif sur les pratiques des professionnels

Axe 2. Évaluation de l'impact de ces pratiques sur les apprentissages et les comportements des élèves dans le domaine de la santé et des conduites à risque

11. Pratiques ordinaires			
Évaluation de l'impact des différents dispositifs d'éducation à la santé mis en place dans les collèges implantés en milieu socialement défavorisé	Pommier J., Jourdan D.	Nouvelle opération (n° 23)	Étude qualitative et quantitative des dispositifs d'éducation à la santé sur les acteurs (professionnels, familles, élèves) et les dynamiques collectives de travail.
12. Pratiques modifiées par l'implication dans des dispositifs spécifiques			
Évaluation de l'impact d'un dispositif mis en place dans l'enseignement primaire			
Évaluation de l'impact d'un programme d'éducation à la santé à l'école primaire	Bizzoni-Prévieux C., Daupeyrroux M., Fiard J. (LAPRACOR EA 3690), Gerbaud L., Grondin M.-A., Guillaumin A.M., Hennequin M. (DIDSOEA3847), Jandot C., Jourdan D., Mérini C., Rotat M.N., Serpolay R., Simar C., Victor P.	Continuité de l'opération 14	Étude qualitative et quantitative de l'impact de l'implication dans un dispositif d'éducation à la santé sur les acteurs (professionnels, familles, élèves) et les dynamiques collectives de travail.
Évaluation de l'impact d'un programme d'éducation à la santé en cycle 3 (Être & savoir, l'école de la santé)	Gerbaud L., Grondin M.-A., Berges A.-S.	Nouvelle opération (n° 24)	Étude qualitative et quantitative de l'impact d'une campagne d'éducation à la santé sur les connaissances, attitudes et comportements des enfants de cycle 3 concernés et sur les pratiques enseignantes
Évaluation de l'impact de dispositifs mis en place dans l'enseignement secondaire			
Évaluation de l'impact d'un programme de prévention du tabagisme en lycée	Pizon F., Jourdan D., Llorca P.M. (EA 3845), Grondin M.-A., Gerbaud L., Bogner F. (université de Bayreuth, Allemagne)	Continuité de l'opération 14	Étude qualitative et quantitative de l'impact de l'implication dans un dispositif de prévention sur les acteurs (professionnels, familles, élèves) et les dynamiques collectives de travail.
Évaluation de l'impact du programme de prévention des risques liés à l'activité physique (PRAP)	Fleghi D., Jourdan D. et Simar S.	Nouvelle opération (n° 25)	Étude qualitative et quantitative de l'impact de l'implication dans un dispositif de prévention sur les acteurs (professionnels, familles, élèves) et les dynamiques collectives de travail.

Axe 3. Étude des pratiques de formation des acteurs de l'éducation à la santé en milieu scolaire

Approche de l'éducation à la santé dans une perspective curriculaire	Victor P. et Lange J. M. (UMR STEF)	Continuité de l'opération 16	Étude de la place de l'éducation à la santé, comme « forme scolaire non disciplinaire », au sein de l'éducation scolaire et de la formation des enseignants
Étude des usages - déclarés et des représentations du cannabis chez les étudiants et stagiaires en IUFM	Courty P., Berger D., Gerbaud L., Gardou C. (ISPEF)	Continuité de l'opération 18	Étude des représentations des professionnels en formation initiale
Étude des formations d'enseignants en éducation à la santé et en prévention des conduites addictives	Cardot J.-P., Jourdan D., Berger D.	Continuité de l'opération 19	Étude des pratiques, de leurs déterminants et de leurs évolutions

Étude de l'influence de la formation continue des enseignants dans le cadre d'un programme d'éducation à la santé sur les dynamiques collectives de travail des équipes éducatives	Daupeyroux C., Guillaumin A.M., Jandot C., Jourdan D., Mathieu L., Mérini C., Rotat M.L., Serpolay R., Simar C., Victor P.	Continuité de l'opération 20	Étude de l'influence d'un dispositif sur les pratiques et les représentations des professionnels
--	---	------------------------------	--

Outils/cadre

Équipe 2 : Éducation à la santé en milieu scolaire

Berger, Dominique	MC	70	09. 02	IUFM de Lyon
Flenghi, Dominique	MC	74	09.06	IUFM de Reims
Gerbaud, Laurent	PR	46	09.02	Université d'Auvergne
Jourdan, Didier	PR	69	09.02	IUFM d'Auvergne
Mackiewicz, Marie-Pierre	MC	70	09.06	IUFM Lille
Mérini, Corinne	MC	74	09.02	IUFM Versailles
Victor, Patricia	MC	66	09.02	IUFM Rouen
Pommier, Jeanine	Médecin, enseignant-chercheur	Qualifiée 46	09.05	EHESP, Rennes
Ponte, Pascale	Professeur des écoles	Qualifiée 70	09.05	IA Hauts-de-Seine
Grondin, Marie-Ange	Médecin AHU	Doctorante 46	09.05	OBRESA
Courty, Pascal	Médecin, Praticien hospitalier	Qualifié 70	09.05	CHU. Clermont-Ferrand
Bencherif, Lela	Ingénieur de recherche	Qualifiée 70	09.08	Réseau des IUFM
Pizon, Franck	PE	Qualifié 70	09.08	EN Allier
Nache, Catalin	Chef de projet	Qualifié 74	09.05	CRES Basse-Normandie
Bizzoni, Caroline	Professeure UQAM	70	09.05	Salariée UQAM
Cardot, Jean-Pierre	PE	70	09.05	Salarié IUFM Lyon
Daubin-Pham, Chau	Médecin	70	10.06	Salariée rectorat Rouen
Diagne, Fatou	Professeur	70	09.05	Salariée ENS Dakar
Guével, Marie-Renée	Ingénieur	70	09.07	EHESP
Rochigneux, Jean-Claude	PE	70	10.06	Salarié MGEN
Simar, Carine	Étudiante	70	10.06	Bourse INPES

Sources de financement possibles

- INPES,
- MILDT
- UIMM
- CRESAS

Indicateurs

Évaluation par l'ANRS

Pistes à explorer pour des projets novateurs

Pour chacun de ces trois axes, nos recherches s'intéresseront aux pratiques d'enseignement et d'éducation à la santé en milieu scolaire et viseront à produire des connaissances de trois ordres :

- Tout d'abord d'ordre méthodologique afin d'appréhender les pratiques sans influencer sur leur nature par le dispositif d'observation ;
- Ensuite d'ordre épistémologique puisqu'il nous faut souvent faire coopérer des champs aussi différents que ceux de l'épidémiologie, de la santé publique ou de l'éducation ;

- Enfin des connaissances relatives à l'activité professionnelle des acteurs d'éducation à la santé ; à son développement et aux fondements de son expertise ; aux apprentissages et en particulier aux conditions de leur amélioration dans le champ de l'éducation à la santé ; mais aussi à la formation des maîtres, sa construction et son efficience. Ces connaissances constitueront un matériau précieux pour les réflexions et les décisions de ceux qui ont en charge de définir les contenus et les méthodes des formations initiales et continues des acteurs intervenant dans le champ de l'éducation à la santé.

ANNEXE 4

Le diagnostic local de santé : un peu de méthode

Fiche conseil

LES ENJEUX DU DIAGNOSTIC

Le diagnostic est la première étape avant toute planification du projet. Il s'agit d'une phase exploratoire qui va permettre d'identifier les besoins et les demandes de santé sur un territoire, de repérer les réponses existantes (actions de prévention, réseaux d'acteurs, dispositifs, etc.), de cerner la problématique et de rassembler l'ensemble des données qui seront utiles à la mise en œuvre du projet.

Cette étape est essentielle pour construire un argumentaire pertinent et convaincant qui permette de recueillir l'adhésion des différents partenaires sollicités pour le projet.

Le diagnostic est le fondement du projet territorial de santé, sa justification. Il doit permettre de déboucher sur des recommandations et un programme d'actions.

LE CONTENU DU DIAGNOSTIC

Le diagnostic doit contenir :

Des données statistiques, épidémiologiques et descriptives relatives au territoire d'action (principaux indicateurs)

Autant que possible, ces données sont valorisées sous forme cartographique. L'utilisation des systèmes d'information géographique est utile à la mise en perspective des différents résultats et facilite l'interprétation (voir annexe sur les SIG, cf. supra « Systèmes d'information géographique au service de la prévention », page 40).

- Situation sociodémographique (structure démographique, indicateurs de précarité, etc.).

- État de santé des populations (causes de mortalité, déterminants de santé, etc.).
- État de l'offre de santé :
 - État de l'offre de soins (démographie médicale et paramédicale libérale et hospitalière) ;
 - État des ressources en termes de prévention et d'éducation pour la santé (associations, institutions impliquées, programmes en cours, etc.).
 - Principaux mode de collaboration entre les acteurs.
- Accès aux soins et droits des habitants ; état de santé de la population (modes d'usage des services).

Outils d'aide au recueil

Méthodologie d'appui au recueil « offre de soins » à l'échelle des quartiers
<http://www.grsp-centre.org/Article.php?idcat=ABIA&idarticle=156>

Des données qualitatives dans une démarche participative auprès des habitants et des professionnels du territoire

Quels sont les besoins de santé identifiés par les acteurs eux-mêmes ?

MÉTHODES DE RECUEIL DES DONNÉES

L'utilisation de méthodes participatives est conseillée.

La mobilisation des acteurs

Elle est indispensable pour sensibiliser les acteurs à la démarche du diagnostic de santé sur leur territoire en leur permettant d'être associés dès le début du diagnostic (présentation des finalités de l'action, échanges sur l'intérêt d'une telle démarche, obtention de leur adhésion, etc.).

Le recueil des données

Les données peuvent être recueillies :

- Soit lors de rencontres collectives. Cette méthode, qui permet aux acteurs de se rencontrer et de se sentir impliqués dès le démarrage du projet, est à privilégier pour les informations qualitatives qui émergent non seulement des échanges avec les enquêteurs mais aussi des différents professionnels entre eux ;
- Soit lors de rencontres individuelles, sous la forme d'« interviews-entretiens » semi-directifs ;
- Soit en associant ces deux démarches.

QUI SONT LES ACTEURS ?

Les acteurs de prévention régionaux et départementaux : « personnes relais » susceptibles d'intervenir sur le territoire défini dans le cadre des missions départementales et/ou régionales de leurs structures.

Les acteurs de prévention locaux, ancrés sur ce territoire, qui rassemblent :

- Les professionnels de santé et du soin (médecins généralistes, infirmiers libéraux, pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes, etc.), pour lesquels la prévention fait partie intégrante de leurs activités professionnelles ;
- Les professionnels des secteurs associatif, social, éducatif, justice, entreprise.

Outils d'aide à l'identification de ces acteurs

- Tableau « Des acteurs de prévention par programme de santé » (particulièrement acteurs départementaux et régionaux) : <http://www.grsp-auvergne.fr>
- Outil de recensement des acteurs et dispositifs de santé publique à l'échelle des territoires en région Centre (Oradist)
- Fiches missions/compétences des Collectivités territoriales et leurs leviers d'appui : <http://www.grsp-centre.org/Article.php?idcat=ABIA&idarticle=156>

COMMENT RÉALISER LE DIAGNOSTIC ?

- Le diagnostic quantitatif peut être effectué avec l'aide des observatoires régionaux de santé.
- Un appel à consultant est conseillé au moins pour la partie du diagnostic demandant des interviews et des entretiens avec la population et les professionnels.
- Une des missions de l'animateur territorial de santé est de mobiliser les moyens nécessaires à la réalisation d'un diagnostic local partagé (sanitaire et social).

ANNEXE 5

Le recrutement d'un animateur territorial de santé

Fiche conseil

RAPPEL LES MISSIONS DE L'ANIMATEUR TERRITORIAL DE SANTÉ

L'animateur territorial de santé aura notamment pour missions de :

- Mobiliser les moyens pour réaliser un diagnostic local partagé et l'actualiser : besoins de santé, offre de services existants, personnes ressources et réseaux d'acteurs ;
- Formaliser un projet local de santé ;
- Mobiliser les acteurs locaux dans la mise en œuvre des actions, sur la base d'objectifs précis, concrets et évaluables ;
- Impliquer la population, les usagers ;
- Favoriser les échanges entre les acteurs et la diffusion de bonnes pratiques ;
- Être un appui de proximité pour les porteurs de projet (méthodologie, recherche de financement, accès à des ressources documentaires) ;
- Développer la prise en compte des enjeux de santé publique dans les politiques locales (emploi, logement, aménagement de l'espace, urbanisme, sécurité, etc.).

Les compétences requises

L'animateur territorial de santé doit pouvoir :

- Appréhender la dimension collective des problèmes sanitaires et sociaux rencontrés sur le territoire ;
- Relier ces problématiques aux enjeux des politiques publiques concernées ;
- Analyser, synthétiser les informations recueillies et les traduire en bilan et plans d'actions ;

- Identifier les acteurs sanitaires et sociaux et mobiliser leurs compétences pour contribuer au projet local de santé ;
- Animer des groupes de travail ;
- Organiser et suivre un projet dans toutes ses dimensions (organisationnelles, budgétaires et fonctionnelles) ;
- Prioriser, évaluer, communiquer.

DES APTITUDES EN TERMES

- d'écoute
- d'analyse
- d'esprit de synthèse
- de coordination
- d'animation
- de communication
- de conduite de projet
- de prise d'initiative
- de capacités organisationnelles
- d'autonomie de travail

Le profil de l'animateur territorial de santé

- Formation supérieure (bac + 4) : santé publique et/ou développement local ;
- Expériences dans la conduite de projet, dans le champ de la promotion de la santé, dans le secteur associatif et/ou les collectivités territoriales.

ANNEXE 6

Principaux sigles

A

AAP	Appel à projets
Acsé	Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances
Ades	Association départementale d'éducation pour la santé
ADF	Association dentaire française
AEU	Attestation d'études universitaires
AHU	Assistant hospitalo-universitaire
Aides	Association de lutte contre le VIH-sida et les hépatites
ALD	Affection de longue durée
Alfediam	Association de langue française pour l'étude du diabète et des maladies métaboliques
ANFH	Agence nationale pour la formation hospitalière
Anitea	Association nationale des intervenants en toxicomanie et addictologie
ANPAA	Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie
ANRS	Agence nationale de recherche sur le sida
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
ARML	Association régionale des missions locales
ARS	Agence régionale de santé
ASV	Atelier santé-ville

B

BBD	Bilan bucco-dentaire
BOP	Budget opérationnel de programme
BPCO	Broncho-pneumopathie chronique obstructive

C

Caf	Caisse d'allocation familiale
CAO	Commission d'appel d'offres
CAP	Commission administrative paritaire

CAPI	Contrats d'amélioration des pratiques individuelles
CCA	Chef de clinique assistant
CCAA	Centre de cure ambulatoire en alcoologie
CDIUFM	Conférence des directeurs des Instituts universitaires de formation des maîtres
CES	Centre d'examen de santé
CESEC	Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté
Cespharm	Comité d'éducation sanitaire et sociale de la pharmacie française
CHS	Comité d'hygiène et de sécurité
CHU	Centre hospitalier universitaire
CIRDD	Centre d'information régional sur les drogues et les dépendances
CIRM	Carrefour d'initiatives et de réflexions pour les missions relatives à la vie affective et sexuelle
CISS-AFD	Collectif interassociatif sur la santé-Association française des diabétiques
CIV	Comité interministériel des villes
Clic	Centre local d'information et de coordination
CLPS	Centre local de promotion de la santé (Belgique)
CLS	Contrat local de sécurité
CMU	Couverture maladie universelle
CMU-C	Couverture maladie universelle complémentaire
Cnamts	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
CNFPT	Centre national de la fonction publique territoriale
CNS	Conférence nationale de santé
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CNSD	Confédération nationale des syndicats dentaires
Codes	Comité départemental d'éducation pour la santé
COG	Convention d'objectifs et de gestion
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPER	Contrat de projet État-région
CPEZR	Contrat de projet État-région
CPG	Contrat pluriannuel de gestion
CPOM	Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens
Craes	Comité régional d'éducation pour la santé
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 sida
CRS	Conférence régionale de santé
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail
Cucs	Contrat urbain de cohésion sociale
DAM	Délégué Assurance maladie
D	
DESS	Diplômes d'études supérieures spécialisées
DGS	Direction générale de la santé
DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (ministère de la Santé)
DIF	Droit individuel à la formation
Directe	Direction régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi

DIU	Diplôme interuniversitaire
DIV	Délégation interministérielle à la ville
DOM	Département d'Outre Mer
Draaf	Direction régionale de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Forêt
DRASS	Direction régionale des Affaires sanitaires et sociales
Drassif	Direction régionale des Affaires sanitaires et sociales d'Île-de-France
DRCS	Direction régionale de la Cohésion sociale
DREAL	Direction régionale de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement
Drees	Direction de la Recherche, des Études et de l'Évaluation des Statistiques
DRJSCS	Direction régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale
DRSM	Direction régionale du Service médical
DSN	Défi santé nutrition
DU	Diplôme universitaire
E	
EBD	Examen bucco-dentaire
EHESP	École des hautes études en santé publique
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EN	Éducation nationale
Enact	Écoles nationales d'application des cadres territoriaux
ENSP	École nationale de santé publique, remplacée par l'École des hautes études en santé publique créée par la loi de santé publique en France en 2003.
EPP	Évaluation des pratiques professionnelles
EPS	Éducation pour la santé
EQUIHP	European quality instrument for health promotion
ES	Éducation à la santé
ETP	Éducation thérapeutique du patient
F	
FEHAP	Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne
FIFPL	Fonds Interprofessionnel de formation des professionnels libéraux
FIQCS	Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins
FMC	Formation médicale continue
FNADT	Fonds national d'aménagement et de développement du territoire
FNARS	Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale
FNES	Fédération nationale des comités d'éducation pour la santé
FNGA	Fonds national de la gestion administrative
FNORS	Fédération nationale des observatoires régionaux de santé
FNPEIS	Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire
FRAES	Fédération Rhône-Alpes d'éducation pour la santé
FSDL	Fédération des syndicats dentaires libéraux
G	
GRSP	Groupement régional de santé publique
H	
HAS	Haute Autorité de santé
HCSP	Haut Conseil de la santé publique
HPST (loi)	Loi portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires

I

IAU	Institut d'aménagement et d'urbanisme
IAURIF	Institut d'aménagement et d'urbanisme en Île-de-France
IME	Institut médico-éducatif
INCa	Institut national du cancer
INET	Institut national des études territoriales
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
Inserm	Institut national de la santé et de la recherche médicale
INVS	Institut de veille sanitaire
ISPEF	Institut des sciences et pratiques d'éducation
IST	Infection sexuellement transmissible
IUFM	Institut universitaire de formation des maîtres

L

Lapracor	Laboratoire d'anthropologie des pratiques corporelles
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale

M

MAIF	Mutuelle assurance automobile des instituteurs de France
MC(F)	Maître de conférence
MCO	Médecine chirurgie obstétrique (disciplines de)
MEN	Ministère de l'Éducation nationale
MFPF	Mouvement français pour le planning familial
MGEN	Mutuelle générale de l'Éducation nationale
MIG	Mission d'intérêt général
Migac	Mission d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation
MILDT	Mission interministérielle de lutte contre la drogue et les toxicomanies
MISP	Médecins inspecteurs de santé publique
MSA	Mutualité sociale agricole
MST	Maladie sexuellement transmissible
MT2A	Mission opérationnelle pour l'expérimentation et la mise en place de la tarification à l'activité

N

NIGZ	Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie Institut néerlandais pour la promotion de la santé et la prévention des maladies, Pays-Bas
-------------	--

Norlevo® Contraceptif d'urgence : pilule progestative

O

OBRESA	Observatoire régional de la santé d'Auvergne
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non-gouvernementale
ONZUS	Observatoire national des zones urbaines sensibles
Oradist	Outil de recensement des acteurs et dispositifs de santé publique à l'échelle des territoires en région Centre
ORS	Observatoire régional de santé
Oscars	Observation et suivi cartographique des actions régionales de santé en PACA

P

Paedi	Laboratoire processus d'actions des enseignants : déterminants et impacts). IUFM d'Auvergne
PH	Praticien hospitalier
PLHPST	Projet de loi « Hôpital, patients, santé et territoires »
PMI	Protection maternelle et infantile
Prap	Prévention des risques liés à l'activité physique
Praps	Programme régional d'accès à la prévention et aux soins
PRSP	Plan régional de santé publique
PS	Promotion de la santé
PU	Professeur universitaire

R

RCR	Réseau régional de cancérologie
ROME	Répertoire opérationnel des métiers et des emplois
RRC	Réseaux régionaux de cancérologie
RSA	Revenu de solidarité active

S

SCORE-	
Santé	Outil de référence en matière d'indicateurs de santé nationaux, régionaux, départementaux http://www.scoresante.org
SDV	Soins de ville
SFSP	Société française de santé publique
SG	Secrétariat général
Sig	Système d'information géographique
SIRS	Santé, inégalités, ruptures sociales
Sreps	Schéma régional d'éducation pour la santé
Sros	Schéma régional d'organisation sanitaire

T

TIAC	Toxi-Infection alimentaire collective
TSL	Troubles spécifiques du langage

U

UCSA	Unité de consultations et de soins ambulatoires
UFR	Unité de formation et de recherche
UFSBD	Union française pour la santé bucco-dentaire
UIMM	Union des industries et métiers de la métallurgie
UJCD	Union des jeunes chirurgiens dentistes
UMR	Unité mixte de recherche
UQAM	Université du Québec à Montréal
Urcam	Union régionale des caisses d'assurance maladie
Urcamif	Union régionale des caisses d'assurance maladie d'Île-de-France
URFJT	Union régionale des foyers des jeunes travailleurs
URIOPSS	Union régionale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux
URML	Union régionale des médecins exerçant à titre libéral

V-Z

VIG	Institut flamand pour la promotion de la santé (FIHP), Belgique
ZUS	Zone urbaine sensible

Conception graphique originale **SCRIPTA** - Céline Farez, Virginie Rio
Préparation **Carmen Fernandez**
Correction **Camille Chaplain**
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, conçu à destination des directeurs généraux des agences régionales de santé et de leurs équipes (collaborateurs), a pour objectif de produire des recommandations et de proposer des outils permettant de déployer les politiques de prévention, en alliant qualité et professionnalisation des acteurs de prévention.



Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

42, boulevard de la Libération
93203 Saint-Denis Cedex - France