La FSP en région

Promotion de la santé
et Agences régionales de santé
Débats et propositions

Principaux résultats

Programme « Promotion de la santé et Agences régionales de santé »

Mai 2010

Coordination : J.-F. Collin

Contributions : S. Cannasse, C. Cecchi, F.-P. Debionne, F. Le Duff, C. Ferron, P. Lombrail, G. Mercier, P. Michel, I. Millot, D. Oberlé, E. Ricard, E. Rusch

ARS et promotion de la santé 4

Enjeu 1 : apports et périmètre de la promotion de la santé 7
Éléments de problématique 7
Questions 7
Constats 9
Propositions 10

Enjeu 2 : Les acteurs de la promotion de la santé & Structures et interventions qui contribuent à promouvoir la santé 12
Éléments de problématique 12
Questions 12
Constats 13
Propositions 17

Enjeu 3 : Gouvernance de la promotion de la santé dans les ARS : démocratie et temporalité 19
Éléments de problématique 19
Constats 19
Propositions 21

Enjeu 4 : Un financement adapté (vertueux, fiable, durable, solide…) de la promotion de la santé 23
Éléments de problématique 23
Constats 23
Propositions 26

Enjeu 5 : Accompagnement de la mise en œuvre de la politique de promotion de la santé 29
Constats 29
Propositions 33

Enjeu 6 : Intersectorialité 36
Introduction 36
Constats des participants 36
Propositions de la SFSP 38

ARS et promotion de la santé

Dès l'annonce d'une loi visant la création des agences régionales de santé, la SFSP a indiqué combien ces Agences pouvaient être une chance à saisir pour le système de santé[1] français. Les ARS sont une opportunité de sortir les politiques de prévention de leur place marginale, de développer l'observation des problèmes de santé et l'évaluation des actions de santé au niveau régional, de favoriser la prise de décision, de développer la démocratie sanitaire en associant les citoyens et les malades. A certaines conditions. Or, il est apparu, au vu des rapports préparatoires de Ritter[2] et Bur[3], que la prévention entrait dans le champ de l'ARS, mais qu'elle était peu définie et que les acteurs n'étaient pratiquement pas nommés.

Pour une reconnaissance de la santé publique au sein des ARS

Devant ce constat, la SFSP s'est prononcée pour un pôle de santé publique fort et structurant au sein des ARS[4]. Elle a proposé de mobiliser ses Sociétés régionales pour animer des débats. La proposition a intéressé l'INPES qui a sollicité, par convention, la SFSP pour qu'elle organise des débats dans toutes les régions françaises sur le thème ARS et promotion de la santé.

Ainsi, 26 débats ont été organisés qui ont donné lieu à contributions[5], réunissant physiquement plus de 2500 personnes et plus de 3000 internautes sur le site *sfspenregion*, créé pour l'occasion. Ces contributions ont été présentées et débattues lors d'une session des journées INPES en avril 2009 et de deux sessions du congrès SFSP à Nantes en octobre 2009[6]. Elles ont de plus enrichi 2 des 3 groupes de travail sur ARS et prévention organisés par la Direction générale de la santé dont les propositions ont été éditées par l'INPES[7],[8].

L'origine des participants à ces débats illustre combien la promotion de la santé est au croisement d'acteurs issus d'horizons très diversifiés tels que les soins, le social, l'environnement, la prévention thématique ou généraliste… et d'institutions multiples : associations de malades, d'usagers, associations de professionnels d'éducation pour la santé, services prévention de caisses d'assurance-maladie, établissements de santé ou médico-sociaux, et collectivités territoriales.

---

[1] Bourdillon F, Deugnier D et Collin JF. Construire les agences régionales, une chance à saisir pour notre système de santé Santé publique, 2007, 6, 457-8.
[2] Rapport RITTER : http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/084000146/index.shtml
[3] Rapport BUR : http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/084000135/index.shtml
[4] Collin JF, Alla F, Baudier F et al. Pour un pôle de santé publique et de prévention fort et structurant au sein des ARS, Adsp, 2008 ; 63 : 11-5.
[5] Ricard E, Oberlé D Faire prendre en compte la promotion de la santé par les Agences régionales de santé Santé publique, 2009, 2, 127-128.
[6] Ricard E Rapport d'exécution Programme « Promotion de la santé et Agences régionales de santé », SFSP, mai 2010.
[7] Agences Régionales de Santé Promotion, prévention et programmes de santé - Sous la direction de François Bourdillon, ed INPES, 2009.
[8] Agences Régionales de Santé Financer, professionnaliser et coordonner la prévention - Sous la direction de Nathalie Leuridan, ed INPES, 2009.

Les fonctions de ces acteurs décrivent par ailleurs le large champ d'interventions de la promotion de la santé. La fonction de plaidoyer qui interpelle bien au-delà du champ d'activité des professionnels de la santé afin que les conditions de vie soient les plus favorables possibles à la santé, la fonction d'accompagnement par l'information et l'éducation à s'engager dans des comportements individuels et collectifs favorables à la santé, la fonction d'adaptation des services pour un accès plus facile aux dépistages et aux prises en charge préventives, à l'éducation des patients. Enfin, il faut y ajouter l'expertise permettant d'expérimenter de nouvelles interventions et d'évaluer ce champ de la promotion de la santé aux contours flous.
La reconnaissance de ces différentes fonctions nécessite d'identifier des acteurs en capacité de les remplir. Or, pour le moment, si les acteurs existent, ils sont trop souvent dispersés, peu reconnus dans leurs compétences et les modalités de leurs financements conduisent à les mettre en concurrence plutôt qu'à favoriser des regroupements. Ces financements non pérennes génèrent des pertes d'efficience énormes puisqu'une partie non négligeable de leur énergie consiste à rechercher les financements pour exister.

Il faut ajouter que ces milliers d'acteurs rencontrés sont en attente d'informations, de lieux d'échanges et de construction des politiques de promotion de la santé. Les centres et mécanismes de décisions semblent éloignés de leurs pratiques et mal identifiés. Ils se trouvent assez démunis face à des institutions plus importantes et structurées comme les établissements de santé ou médico-sociaux et dans la crainte de voir, notamment par facilité administrative, les ARS contractualiser avec quelques unes de ces grandes institutions au détriment du tissu local mêlant professionnalisme et militantisme. Les acteurs du champ de la promotion au sein de ces grandes institutions n'ont pas de vision à moyen terme de leur devenir. Que deviendront les services prévention des caisses d'assurance-maladie, les activités prévention de certains établissements hospitaliers ? Les missions de promotion de la santé des collectivités territoriales et leur place dans les ARS sont sources d'interrogation. Il y a donc une attente forte pour une prise en compte des compétences actuelles dans le cadre d'une évolution vers une efficience plus grande et une crainte de changements dont on ne connait pas les règles. D'où l'intérêt de proposer quelques pistes de structuration.

6 thèmes pour 26 débats en Région

A l'issue des débats régionaux, 6 thèmes ont finalement été retenus et font l'objet de constats et de propositions. Les éléments suivants donnent un aperçu de ces propositions développées dans les fiches thématiques jointes :

- confirmation de la nécessité d'un pôle de santé publique large et structurant permettant une interface entre les politiques nationales, les politiques régionales et les politiques locales de santé publique, entre les différents champs de la santé (prévention, soin, médico-social) et entre la santé et les autres domaines d'activité ayant une influence sur la santé (déterminants de santé hors du champ de la santé) ;

- développement d'un langage et d'une culture commune de santé publique dans une vision de promotion de la santé entre les acteurs très divers de ce champ ;
- soutien à la professionnalisation des acteurs, à leurs regroupements et à leur engagement dans des démarches qualité, notamment grâce aux pôles de compétences, initiés par l'INPES et à la disposition des ARS ;
- clarification et efficience des financements par la mise en place de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens pour les structures reconnues de qualité, appels à projet ciblé pour les structures émergentes ou qui n'ont pas encore entrepris des démarches qualité et commandes publiques permettant de répondre au mieux aux besoins des populations sur des thématiques ou des territoires déficitaires, en référence aux schémas régionaux de prévention ;
- démocratie sanitaire, animée par la Conférence régionale de santé et d'autonomie qui devrait disposer des moyens de fonctionnement nécessaires pour que le débat soit véritablement public, les enjeux connus de la population et les décisions prises par l'ARS argumentées en réponse aux avis donnés par la dite Conférence ;
- nécessité d'une organisation facilitant l'intersectorialité affirmée entre acteurs des soins curatifs et préventifs et la complémentarité entre l'Etat et les collectivités, notamment en vue de développer des interventions visant la réduction des inégalités de santé.

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

Éléments de problématique

Préciser ce qui fait consensus international sur ce concept, ces valeurs

Questions

Promotion de la santé : valeur, croyance ou justification ?
Quels types de résultats atteints et attendus ?
Comment impliquer les acteurs économiques et politiques ?
Questions éthiques soulevées et implications des acteurs économiques et politiques.

Choisi par douze régions, cet enjeu a en fait été discuté par chacune au cours de l'examen des enjeux retenus.
Si l'approche par la prévention des maladies et des risques reste fortement ancrée dans les mentalités et les pratiques de la santé publique, par son histoire liée à l'hygiénisme et par le poids du pouvoir médical dans la gestion des questions de santé en France, l'approche de Promotion de la Santé a été plébiscitée comme devant être fortement affirmée au sein des A.R.S en ce qu'elle est :

- **Globale** car la promotion de la santé est un modèle qui appelle à prendre en compte à la fois les apports des sciences sociales sur la complexité des déterminants de la santé, et la globalité des personnes dans leurs contextes de vie.
- **Plurielle** car la promotion de la santé est transversale et pluridisciplinaire. L'amélioration de la qualité de vie des populations implique des partenariats larges et ne peut être cantonnée à la Prévention des maladies tout comme au secteur biomédical. La Promotion de la Santé favorise et mobilise l'intelligence collective et la participation de divers champs de compétences (médical, éducatif, social, culturel…)
- **Participative** car la promotion de la santé favorise l'implication et la participation des populations à leur santé et aux actions favorisant l'amélioration de leur qualité de vie. Elle vise la reprise par les personnes et les populations d'une forme de maitrise sur leur santé, ce que l'on traduit par l'*empowerment*.

L'ensemble des participants s'est inscrit dans une référence à la charte d'Ottawa. Pourtant, depuis 1986 plusieurs Conférences internationales de promotion de la santé ont précisé et actualisé le concept. La dernière, tenue à Bangkok en 2005, a rappelé que la participation active de la société civile était essentielle pour agir sur les déterminants de santé à l'heure de la mondialisation. Elle a également longuement débattu de la place des acteurs économiques dans le champ de la promotion de la santé (enjeu stratégique, financier et éthique). La promotion de la santé est implicitement mais clairement

abordée comme une valeur (notamment autour d'enjeux démocratiques, de solidarité et de justice sociale). Les résultats attendus portent sur l'implication des publics cibles (comme un enjeu éthique et d'efficacité) et la coopération entre acteurs (comme enjeu d'efficacité). Selon O' Neill, la promotion de la santé désigne à la fois une **philosophie** désignée au fil des décennies et selon les cas sous les appellations de santé publique, santé communautaire, nouvelle santé publique, santé des populations ou santé publique écologique, et un ensemble de **pratiques spécifiques** visant le changement planifié d'habitudes et de conditions de vie ayant un rapport avec la santé, à l'aide de stratégies d'interventions telles que l'éducation pour la santé, le marketing social, la communication persuasive, l'action politique, l'organisation communautaire et le développement organisationnel.

Les 5 axes stratégiques d'intervention de la promotion de la santé (charte Ottawa)
Quelle définition ?

La promotion de la santé comporte cinq axes stratégiques d'intervention :

1. **Des politiques publiques favorables à la santé**

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

2. **Des environnements favorables à la santé et soutenants**

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

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

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

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

   Cette nouvelle orientation des services de santé suppose

   - d'une part, un décloisonnement entre les activités curatives et la prévention, les soins permettant évidemment de prévenir certains troubles et de promouvoir la santé, et l'éducation des patients ayant un impact positif sur l'efficacité des soins ;
   - d'autre part, le développement de la démocratie sanitaire et la prise en compte de la parole

des usagers

5. **L'acquisition, par les individus, des aptitudes qui leur permettent de s'impliquer dans les quatre axes définis ci-dessus (contribution à des décisions politiques, création d'environnements sains, développement communautaire, évolution du système de santé)**
   Il s'agit « de fournir aux individus les moyens affectifs et cognitifs de s'informer, de connaître, de comprendre la santé et ses enjeux, de clarifier leurs croyances et leurs valeurs personnelles et culturelles, de développer leur estime de soi et des autres, de s'entraîner à la responsabilité et à la décision, de prendre conscience de l'influence des facteurs socio-économiques, et de favoriser leur engagement dans des projets (de santé) communautaires ». (Demarteau). Cet axe définit l'éducation pour la santé.

Constats

Les principaux constats issus des débats régionaux sont :

Des définitions, des concepts (santé, santé publique, promotion de la santé etc.) mal maîtrisés et des interprétations différentes selon les acteurs.
La tenue des débats a montré la difficulté pour les acteurs du champ de la promotion de la santé à partager et présenter les enjeux et réalisations de la promotion de la santé de façon globale. Les entretiens et interviews menés auprès des journalistes et élus locaux pour couvrir les débats dans la presse régionale ou mobiliser les politiques montrent la faiblesse du plaidoyer et au-delà la variabilité des concepts évoqués et la maitrise relative de ceux-ci.
Dans la plupart des cas, les participants ont mis l'accent sur des problématiques liées à des comportements individuels (alimentation, addictions, activité physique, relations parentales…). Il leur a été difficile de définir la promotion de la santé plus précisément qu'en tant qu'intervention sur tous les déterminants de santé pour réduire les inégalités sanitaires, sociales et géographiques.

Des champs d'interventions cloisonnés
La promotion de la santé se heurte au cloisonnement des champs d'intervention : médical, médico-social, prévention, et à la difficulté de travailler en interministériel ou intersectoriel : par exemple la difficulté de travailler pour la santé de l'enfant avec l'éducation nationale (éducation pour la santé à l'école) ou avec les conseils généraux (PMI). La santé au travail et les facteurs environnementaux (agents chimiques et physiques) n'ont été le plus souvent qu'évoqués par les participants.
L'intrication des déterminants de santé et la multiplicité des facteurs interagissant sur chacun de ces déterminants de santé obligent à une démarche de « transversalité », traversant les champs d'intervention des acteurs et imposant pluridisciplinarité, partenariat et coordination. Il en résulte la nécessité d'une culture commune et d'un langage commun.

Une méconnaissance du Schéma Régional d'Education Pour la Santé (SREPS) par les acteurs surtout du champ médico-social

Nombre d'acteurs locaux en particulier les petites associations ou à l'opposé les grosses structures évoluant sur leurs logiques propres méconnaissent le SREPS, ce qui est un frein au développement de l'éducation pour la santé au sein du champ plus vaste de la promotion de la santé.

La pluralité des interventions

Le paysage de la prévention offre une richesse paradoxale. On y constate un foisonnement des acteurs et des initiatives. Aux centaines d'acteurs, d'associations, de structures engagées et œuvrant sur le terrain s'oppose la faiblesse des crédits alloués. S'ajoute une difficulté à donner à la multitude de ces actions une cohésion d'ensemble, tant sont multiples les méthodes de classifications et de regroupements que l'on peut leur associer… qu'elles soient thématiques (drogues illicites, alcool, sida, suicide…), populationnelles (jeunes, population carcérale, femmes enceintes, personnes âgées…), fonctionnelles ou organisationnelles (intervenants salariés ou bénévoles, associations ou réseaux…)… ou encore territoriales. Ces classifications aboutissent lors des appels d'offres à retenir ou exclure certaines actions en fonction de leur visibilité ou reconnaissance politiques ou médiatiques.

La rivalité du préventif avec le curatif

La prévention et la promotion de la santé ont toujours été les parents pauvres du financement en santé et attendent un rééquilibrage au niveau des arbitrages budgétaires. Les propos de la Ministre de la santé, Madame Roselyne Bachelot-Narquin lors des journées de l'INPES de 2008 : « Nous sommes tous pris au leurre du même effet d'optique lorsque nous attribuons nos gains de qualité et d'espérance de vie aux progrès de la médecine curative », ont été sources d'espérance pour les acteurs de la prévention. Pour autant, faut-il continuer à opposer curatif et préventif, ou rechercher les complémentarités existant entre ces modalités d'intervention ?

Propositions

- **Avoir un langage commun**

L'intrication des déterminants de santé et la multiplicité des facteurs interagissant sur chacun d'eux obligent à une démarche de « transversalité », traversant les champs d'intervention des acteurs et imposant pluridisciplinarité, partenariat et coordination. Il en résulte la nécessité d'une culture commune et d'un langage commun. Pour cela, il est nécessaire de clarifier les termes employés, notamment de distinguer promotion de la santé, éducation pour la santé et prévention.

Il conviendrait donc d'établir un glossaire des termes employés et des concepts utilisés, et de le diffuser largement en direction des acteurs identifiés, notamment auprès des agents des administrations, dont ceux des ARS. Des formations ou actions de sensibilisation pourraient être utilement mises en place à des fins d'appropriation de ce glossaire.

- **Développer des plaidoyers**

Il est important de positionner la promotion de la santé dans le continuum des soins préventifs et curatifs et de disposer d'argumentaires structurés sur lesquels les différents acteurs régionaux pourraient s'appuyer sans avoir à les réinventer. Ceci pourrait constituer l'une des missions, soit de groupes nationaux d'experts, soit de l'Inpes. Ceci ne dispense pas d'un travail spécifique régional qui devra être mené par les ARS pour relayer, adapter et diffuser ces argumentaires, au niveau des décideurs, partenaires et réseaux de promotion de la santé.

La démarche de promotion de la santé est complexe : elle réclame à la fois une compréhension des déterminants de la santé et une approche globale. Elle ne peut que bénéficier des apports des sciences humaines et sociales, et de travaux destinés à produire des données probantes. Il est proposé de développer les liens entre les ARS et les universités de leur région.

La notion de « plaidoyer » proposée par la SFSP a été parfois mise en avant comme la possibilité d'interpeller responsables administratifs et politiques, quel que soit leur niveau de décision, sur les conséquences en termes de santé des mesures qu'ils ont l'intention de prendre (à l'image de ce qui se fait pour l'environnement). Cette démarche nécessite de faire des enjeux de la promotion de la santé des enjeux socialisés. Il importe donc d'avoir, sur les grands enjeux, un plaidoyer efficace et bâti pour être explicité à la presse, aux média afin que ceux-ci puissent les relayer.

Enfin, la participation des publics visés par la promotion de la santé et leur implication dans le débat démocratique sur la santé doivent être recherchées, comme conditions du respect d'exigences éthiques et d'efficacité : cette participation passe par l'augmentation des compétences (individuelles et collectives) des publics.

- **Impliquer les ARS dans l'ensemble des champs touchant à la santé**

La plupart des déterminants de la santé ne relèvent pas du système de santé. Il paraît donc important que les ARS puissent intervenir dans les politiques autres que sanitaires : sociales, économiques, éducatives, de l'emploi, de l'environnement… de manière interministérielle et intersectorielle. L'un des facteurs de cohésion et de cohérence de la mise en œuvre des politiques locales sera la capacité de l'ARS à expliquer les enjeux de la promotion de la santé et à se concerter avec tous les acteurs concernés. Ces éléments représentent donc un enjeu majeur de l'ARS. Partager, expliquer et intégrer les acteurs dans l'élaboration et la mise en œuvre du schéma de prévention permettront de donner une meilleure lisibilité à la promotion de la santé, à la fois en direction des acteurs, au sein de l'ARS et à l'extérieur de celle-ci, en direction de ses partenaires. Dans ce cadre, les participants aux débats ont souligné l'importance de la prise en compte de l'expérience emmagasinée par les GRSP, comme un facteur important de développement de politiques cohérentes, structurées et évaluables. Il est également souligné qu'il conviendrait de préserver les acquis de ces politiques.

Il semble important de distinguer ces fonctions de plaidoyer (*advocacy*) c'est-à-dire de défense de la protection de la santé des personnes, de celles de sécurité sanitaire. Ces différentes fonctions ne nécessitent pas la même temporalité pour se déployer. Il faudra probablement aussi clairement définir les liens entre promotion de la santé et prévention médicalisée.

Enjeu 2 : Les acteurs de la promotion de la santé & Structures et interventions qui contribuent à promouvoir la santé

Éléments de problématique

- **De nombreuses structures, établissements, entreprises, d'un large éventail de secteurs d'activité peuvent participer à la promotion de la santé**
- **Certaines se reconnaissent comme telles ou envisagent une partie de leur activité dans ce domaine d'autres pas**
- **L'auto proclamation ne peut cependant suffire à garantir le service rendu.**

Questions

- **Quelles sont les structures qui interviennent dans le champ de la promotion de la santé ?**
- **Quels sont les critères qui permettent d'identifier les structures ou les interventions qui contribuent à la promotion de la santé ?**
- **A quelles conditions et par quels processus l'ARS peut elle reconnaître les structures et interventions qui vont contribuer à promouvoir la santé ?**

La variété des structures, de leurs statuts et de leurs interventions, est rappelée. Cet éclatement structurel, organisationnel et d'actions est une richesse et une faiblesse. Les structures sont souvent de petite taille, peu intégrées aux autres professionnels de santé, et dans des démarches projets parfois insuffisamment structurées. Historiquement et socialement, des acteurs ont spontanément œuvré dans ce champ longtemps délaissé par les pouvoirs publics : cependant, l'auto proclamation ne peut suffire à garantir le service rendu. C'est pourquoi la SFSP a souhaité centrer ce thème concernant les structures et interventions contribuant à promouvoir la santé sur les aspects de meilleure identification et de reconnaissance.
Les relations entre l'ARS et les structures qui contribuent à la promotion de la santé doivent être claires afin que chaque partie sache ce qu'elle peut attendre de l'autre. Cela passe par des actes formalisés qui dépassent le mode de gestion actuel par appel à projet, par la nécessité d'un dialogue renforcé entre ARS et promoteurs et par des exigences de qualité partagées.

Constats

Des structures et des acteurs très diversifiés

Il est difficile d'établir une liste, voire une typologie, des structures et acteurs. Une région a proposé une présentation sous la forme de **trois types de structures :**

1) Les structures dont la promotion de la santé est l'objet principal

2) Les structures à effets induits :

- les structures du cadre de vie (logement, social, transport…) ;
- les structures traitant les domaines de la santé.

3) Tout regroupement d'individus qui y concourt par des microréalisations ou des réalisations de plus grande envergure.

- Les actions menées par les habitants ou les citoyens.
- Les entreprises sont actrices à deux niveaux ; a l'interne, concernant la santé des salariés (et des non-salariés, les familles) Elle peut aussi être une entreprise de services agissant pour la santé de ses usagers : mutuelles envers leurs adhérents ; a l'externe, dans son rôle socio-économique, environnemental… et comme partenaire direct ou indirect des actions de santé sur les territoires.

Les formes juridiques sont multiples : associations loi 1901, services déconcentrés de l'État, Collectivités territoriales, Assurance maladie, Mutuelles… avec des acteurs bénévoles, salariés, des professionnels du champ éducatif, sanitaire, médico-social, économique, environnemental…

Sont plus précisément nommées les structures ayant spécifiquement dans leurs missions la promotion de la santé, en termes de pilotage comme les ARS ou l'INPES, ou comme opérateurs, les CRES, CODES, CRIPS, CIRDD, ASV, etc. ainsi que celles contribuant à faire connaître l'état de santé de la population (par exemple, les ORS, l'InVS).

Des missions également disparates

Ces structures hétérogènes dans leur taille et leur forme se caractérisent malgré tout par des activités proches que l'on peut également regrouper sous la forme de missions ou de fonctions. On distingue ainsi :

- Un rôle a un rôle de conseil et d'appui, en matière de promotion et d'éducation pour la santé, aux professionnels et d'accompagnement des politiques de santé publique.
- Un rôle de coordination et d'encadrement des actions sur territoire concerné, de la diffusion d'information, d'animation, de formation et de réseau d'échanges…
- Un rôle d'acteur de santé par le développement de projets qu'ils soient locaux, régionaux, ou nationaux.

L'ARS doit garantir la cohérence des différentes structures existantes et veiller à la non redondance.

Caractéristiques générales

Des éléments spécifiques peuvent permettre de repérer les structures et les missions du domaine de la promotion de la santé.

Sept critères permettent d'identifier les structures et les interventions qui contribuent à la promotion de la santé :

1) Respect de la charte d'Ottawa dans la mise en œuvre de l'action et dans la philosophie de la structure.
2) Adaptation de la structure et de ses actions aux besoins et aux attentes des habitants.
3) Prise en compte des dimensions collectives et personnelles de la santé.
4) Articulation de la volonté politique et la cohérence des acteurs d'une part, et reconnaissance et soutien à ce qui se construit avec la population d'autre part.
5) Volonté de travail en réseau, notamment avec des structures induisant de la Promotion de santé (logement, social, transport, santé…) et celles dont c'est l'objet principal.
6) Déroulement de l'action dans une logique de long cours.
7) Recherche de compétences en Promotion de la santé.

Des critères plus spécifiquement dédiés à la reconnaissance de la qualité des structures

1. Formation et qualification des intervenants : les structures qui contribuent à la promotion de la santé doivent garantir que ses acteurs sont formés et/ou qualifiés ; et leur aider à suivre ces formations.
2. Méthodes qualité : l'utilisation des méthodes de la démarche qualité telles que les recommandations de bonnes pratiques, les référentiels, la démarche de développement projet doivent être des critères utilisés par les acteurs.
3. Approche globale, plurielle et participative : les structures qui contribuent à la promotion de la santé doivent avoir une approche globale des personnes, une approche participative, et de santé communautaire.
4. Absence de conflit d'intérêt : les structures telles que les laboratoires pharmaceutiques doivent obéir à une charte éthique. Il faut prendre garde aux structures qui utilisent les notions de promotion de la santé comme promotion du bien-être et qui en réalité masquent des sectes.
5. Place à l'expérimentation et à l'innovation : l'encadrement des structures qui contribuent à la promotion de la santé par les Ars ne doit pas détruire l'expérimentation et l'innovation du terrain.

Des critères plus spécifiquement dédiés à la reconnaissance de la qualité des interventions :

1. Thème reconnu de santé publique : pour qu'une intervention de promotion de la santé soit reconnue comme telle, il est nécessaire qu'elle corresponde aux critères d'un problème de santé publique : grave et/ou fréquent et/ou ayant un impact socio-économique important et/ou perçu socialement comme un problème important.
2. Continuité territoriale, équité d'accès : les interventions de promotion de la santé doivent veiller à l'équité d'accès à cette intervention sur le territoire, défini en fonction du problème traité.
3. Couverture thématique : l'ARS doit veiller à la couverture des thèmes prioritaires de santé publique sur son territoire régional.
4. Approche globale de la santé : les interventions qui contribuent à la promotion de la santé doivent avoir une approche globale de la santé, avec l'étude de l'ensemble des déterminants de santé, y compris pour la prévention médicalisée.

Des pistes d'amélioration et des contraintes bien ciblées

La diversité des structures et des missions n'aident pas à repérer les acteurs de la promotion de la santé. Comme nous l'avons vu, certains critères permettent de poser les bases d'un socle commun. Il existe également des besoins partagés et une volonté commune de se faire face à des problématiques commune.

Ces éléments de cohésion peuvent se résumer en quelques points :

- Rapporter et faire connaître les réalités du terrain ; être entendu et influencer la politique de santé régionale, être dans la proximité et permettre l'expression de points de vue de terrain sur les politiques de santé, peser et orienter le débat quelle que soit notre place, permettre un vrai diagnostic, être un interlocuteur de l'ARS.
- Obtenir des moyens et être identifier par les financeurs pour l'attribution de moyens.
- Renforcer les connaissances et les compétences et élever le degré d'information général
- Renforcer les compétences et participer aux échanges interprofessionnels sur les questions de santé publique
- Améliorer l'efficacité et renforcer la cohérence entre acteurs afin :
    I. de décloisonner et rendre plus pertinentes les actions,
    II. s'intégrer dans une politique régionale de santé publique,
    III. faciliter la coordination territoriale,
    IV. mutualiser les pratiques et les savoirs,
- Se reconnaître dans une Charte commune :
    I. Pour définir les aspects opérationnels, éthiques et déontologiques à tous les projets. Elle est étroitement liée à la Charte d'Ottawa
    II. La vocation très transversale de cette charte en fait un objet national qui ne devrait pas être réinventé dans chacune des régions.
    III. Les acteurs de la promotion de la santé s'engageraient à respecter et promouvoir les principes de cette charte.
    IV. Le contenu de cette charte pourrait notamment s'inspirer des préconisations de cette synthèse.

Au total ces éléments de cohésion doivent permettre de lutter contre les freins repérés à savoir :

- Une absence de statut « d'acteur en promotion de la santé ».
- Un manque de moyens,
- un gâchis des compétences
- Un manque de coordination, une lourdeur et une rigidité administrative

Vers une contractualisation avec les ARS pour une pérennité de l'offre et une évaluation objective

Pouvoir développer des contrats avec les ARS est vécu comme une réelle opportunité pour remplacer les appels à projets (voire les appels d'offre) dont la visibilité est limité est généralement à court terme par des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens, à visée triennale voire quinquennale, entre les structures et les financeurs publics (à l'instar de ce qui existe dans le secteur des soins : aujourd'hui les établissements de santé contractualisent sur ces bases avec l'ARH, demain avec l'ARS).

L'intérêt des contrats permet :

- De pérenniser l'offre : les types de contrats qui pourraient être passés entre l'ARS et ces structures sont fonction des missions qui leur seraient confiées et devront l'être par convention autour d'un service rendu à une population ; un territoire ou sur des actions spécifiques. En préalable, il est nécessaire de définir et d'adopter une stratégie commune entre ARS et promoteurs ; la signature de la charte et la convention le formalise. L'exemple des acteurs de la politique de la ville peut servir de référence avec notamment la notion de stratégie, de mise en commun d'objectifs au service des populations. Pour sortir d'une vision à très court terme, les acteurs devraient pouvoir proposer une vision stratégique sur deux ou trois ans à partir des objectifs fixés par l'ARS dans son Projet régional de santé (PRS) établi sur une durée en accord avec les conventions. Sur des problématiques spécifiques en manque d'actions, l'ARS devra pouvoir formuler des « commandes » spécifiques.
- D'évaluer les structures et les actions dans un cadre contractuel connu à l'avance : la commande publique doit être claire en termes d'action et d'évaluation. Elle permet une exigence réciproque et contribue à l'élaboration de relation de confiance et à la création d'actions de qualité. L'évaluation doit être au service de l'action, des acteurs et de l'ARS. A ce titre, l'évaluation interne doit être incitée. L'évaluation externe a pour buts l'amélioration des actions et l'appréciation de l'atteinte des objectifs. Les actions à caractère innovant et/ou expérimental doivent être évaluées selon des modalités spécifiques (experts, universitaires…). Certaines structures ne reçoivent pas de financement public ; elles ne sont donc pas soumises à l'évaluation demandée par le financeur. Cependant, elles ne doivent pas être oubliées car elles respectent également une démarche prospective et disposent d'une expertise et d'avis intéressants plus largement le domaine dans lequel elles s'inscrivent.

Le pilotage et le soutien de l'ARS au développement des capacités des acteurs

La fonction de pilotage de l'ARS, au sein du pôle de santé publique, associera des acteurs du terrain. Elle devra se saisir du rôle d'interface entre les promoteurs et l'ARS. L'ARS devra prendre appui sur les acteurs et partenaires impliqués dans le maillage local connaissant bien les besoins.

L'ARS devra veiller à préserver la notion de territoire de proximité. Elle devra faciliter l'accès à des données de type « Diagnostic **»** sur les territoires et la mise en lien avec des experts, universitaires par exemple, sur certaines thématiques. Elle devrait s'appuyer sur les Ateliers Santé Ville dans la démarche et la proximité qu'ils ont développées avec une Coordination d'actions au niveau local. Elle devrait également s'appuyer sur les réseaux de santé communautaire dans la promotion de la santé et dans l'observance des traitements.

La nécessité de professionnaliser certaines fonctions, notamment les fonctions supports, a été rappelée ; l'ARS devra en donner les moyens aux acteurs.

Le soutien à la méthodologie de projet en promotion de la santé devra se poursuivre grâce notamment aux Pôles régionaux de compétences en éducation pour la santé. La démarche pourrait également passer par la promotion des outils de « catégorisation de résultats » ou de type « Preffi2 ». Ces outils doivent permettre aux acteurs d'harmoniser leurs démarches sur des bases concrètes de projets de terrain, et par une autoévaluation régulière de leur étape et inscrire les structures dans une démarche qualité.

Propositions

Valoriser les structures, les acteurs et les interventions en promotion de la santé

- Capitaliser sur les expériences et les projets innovants en promotion de la santé, par un appui à l'écriture et un soutien à la formalisation de projets existants mais non reconnus. L'écrit, la formalisation sous toutes ses formes (écrits, images, film) sont essentiels dans la mise en débat et les transferts de compétences entre les acteurs des différents champs participant à la promotion de la santé.
- Valoriser la démarche qualité dans laquelle doivent s'investir les acteurs de terrain,
- Confirmer et renforcer l'appui de pôles ressources déjà engagés dans ce type de démarche au niveau régional et national.

Mettre en cohérence les actions en promotion de la santé :

- Promouvoir, en même temps que celle des projets locaux innovants, des approches supra-régionales validées en promotion de la santé, par exemple celles s'appuyant sur « le développement des compétences psychosociales », déjà valorisées par l'O.M.S.
- Garantir non-redondance des activités
- Etablir un équilibre dans la négociation entre les priorités de santé publique, le plus souvent issues des priorités nationales et les demandes/besoins des populations locales, ceci dans une approche au plus près de la singularité des territoires.
- Mener une réflexion au niveau des ARS pour la mise en place de consultations de prévention car la promotion de la santé, en tant que telle, n'est pas suffisamment intégrée dans les consultations thérapeutiques.

Formaliser le soutien des ARS aux structures et interventions de qualité :

- Systématiser la contractualisation et l'engagement sur une charte ; cette contractualisation peut, en fonction des objectifs et des besoins, être pluriannuelle.
- Pouvoir formuler des « commandes » spécifiques en marge des contrats.
- Professionnaliser un certain nombre de tâches dont les fonctions supports.
- Promouvoir des outils de « catégorisation de résultats » ou de type « Preffi » permettant aux acteurs d'harmoniser leurs démarches sur des bases concrètes de projets de terrain.
- En préalable à toute contractualisation, il est demandé d'adopter une stratégie commune ARS et promoteurs.
- Veiller au respect du cadre éthique des interventions en promotion de la santé, afin d'éviter les dérives commerciales et sectaires.
- Poursuivre le soutien à la méthodologie de projet en promotion de la santé grâce notamment aux Pôles régionaux de compétences en éducation pour la santé.
- Mettre à disposition des approches validées (INSERM, Inpes, HAS).
- Envisager un interlocuteur à même de représenter les associations face aux ARS tout en préservant l'identité individuelle des structures et en tenant compte des initiatives et des actions indépendantes de tout financement vis-à-vis de l'ARS.

Reconnaître les structures et les interventions par l'évaluation

- Définir dès la commande le cadre et les modalités de l'évaluation de projets avec les acteurs de terrain, dans un souci d'équilibre entre :
    - une évaluation de processus et de résultats ;
    - une évaluation s'appuyant sur des critères qualitatifs et quantitatifs.
- S'appuyer sur les compétences/expertise régionale en évaluation.
- L'ARS devra assurer un suivi de l'ensemble du déroulement de l'action.
- Pour des actions à caractère innovant et/ou expérimental, développer des modalités d'évaluation spécifiques (experts, universitaires…).
- Encourager, soutenir et proposer des outils permettant aux promoteurs de mener des actions transversales en termes de thématiques, de populations.

Etablir un climat de confiance réciproque

- Etablir un cahier des charges dont les critères, en ce qui concerne les financements, aient une complexité croissante en fonction des montants alloués et des exigences de qualification : cela garantirait le développement des actions et l'accès équitable à des financements publics en proportion avec l'importance des projets.
- Veiller à la négociation en transparence des critères d'attribution des financements publics en lien avec la négociation du cadre d'évaluation des actions.
- Faciliter l'accès à des données de type « Diagnostic » sur les territoires et la mise en lien avec des experts.
- Prendre appui sur les acteurs et partenaires impliqués dans le maillage local connaissant bien les besoins, et veiller à préserver la notion de territoire de proximité.

Structurer et mettre à disposition des outils professionnels

- Réaliser des bases de données régionales en lien avec les acteurs régionaux ou nationaux en charge de l'observation et de la documentation
- Créer un réceptacle ou annuaire des compétences
- Par la formation, augmenter la compétence méthodologique en évaluation
- Formaliser des liens professionnels
    - avec les experts ;
    - les élus ;
    - les structures support ;

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

Éléments de problématique

La SFSP a recommandé d'individualiser un pôle spécifique au sein des ARS pour une meilleure prise en compte de la promotion de la santé et de la prévention dans la politique régionale de santé. Elle a souligné l'importance de travailler dans la transversalité, au sein de l'ARS mais aussi en interministériel et en intersectoriel, et dans une logique de programmes, prenant en compte les éléments de diagnostic, de mise en œuvre et d'évaluation.
Dans cette perspective, les questions qui semblaient devoir être traitées à propos de cet enjeu étaient les suivantes :

- Place de la conférence régionale (proposition, priorisation, stratégies, modalités d'intervention, ressources)
- Temporalité : 3 ans minimum
- Séparation des pouvoirs (décideurs/effecteurs)
- Concertation versus commande
- Place des usagers
- Périmètre de la gouvernance (assemblage ou priorisation, élaboration de stratégies et des modalités d'intervention, organisation des ressources)
- Compétence liée des différents décideurs (collectivités territoriales, ministères…)
- Articulation entre les niveaux d'intervention, tables de concertation

Cet enjeu a été choisi par seize régions et a été discuté au cours des débats.

Constats

Conférences de territoires

Il y a unanimité pour rendre obligatoires les conférences de territoires et pour que ces conférences soient représentées dans les CRSA, mais selon des modalités qui restent à préciser. Tout territoire doit avoir sa conférence.
Même s'il n'y a pas de recommandations claires en matière de définition des territoires, cette question est identifiée comme centrale. De nombreux participants estiment que la notion de bassin de vie est celle qui s'en rapproche le mieux. L'exigence de proximité et d'attention aux besoins devrait présider à leur identification.

Périmètre de la gouvernance

Le « périmètre de la gouvernance » n'a pas été abordé, sinon pour souligner que tout légitimes qu'ils soient, les objectifs nationaux de santé publique ne doivent pas occulter les objectifs proprement régionaux. N'ont pas été abordés non plus les problèmes de compétences entre décideurs et l'articulation des niveaux d'intervention.

Le rôle de l'ARS

Les participants aux débats estiment que pour pouvoir développer une politique de promotion de la santé et de prévention, une ARS doit être en mesure de s'inscrire dans une démarche de santé publique. Elle devrait donc être en mesure de couvrir les dimensions suivantes :

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

L'ARS doit élaborer une programmation pluriannuelle des activités de promotion de la santé, dans laquelle l'éducation pour la santé a une place clairement identifiée et distincte de l'activité de prévention et d'ingénierie de projet en santé publique.

La conférence régionale de santé, instance démocratique

Face à une ARS avec un directeur au pouvoir renforcé, la conférence régionale de santé (CRSA) apparaît comme l'instance démocratique par excellence. Pour que cette expression soit prise en compte, le rôle de la CRSA ne doit pas être restreint à l'émission d'avis pendant l'élaboration du PRS. Les participants aux débats estiment que ses attributions devraient être larges :

- être un lieu d'échanges entre les acteurs ;
- proposer les études qu'elle estime indispensables pour faire un état des lieux ;
- pouvoir proposer des lignes d'action dans le PRS ;
- refléter les points de vue des acteurs de tous les territoires ;
- avoir les moyens d'évaluer les schémas, programmes et actions menés. Ceci n'implique pas que la CRSA ait des moyens en propre pour produire les travaux (ses membres bénévoles n'ont ni la disponibilité ni les moyens de le faire) mais qu'elle ait la possibilité d'y accéder et d'en avoir une lecture critique.

Garantir l'indépendance de la CRSA et la préserver des conflits d'intérêts

La composition de ses membres doit être soigneusement distincte de celle du Conseil de surveillance en évitant les doubles appartenances. En particulier, les financeurs ne doivent pas pouvoir y siéger. Plus généralement il semble nécessaire d'éviter les situations où un membre est en situation d'être juge et partie.

Le problème de sa composition exacte est peu abordé. Pour certains, toutes les composantes de la promotion de la santé devraient y être représentées (y compris la santé au travail et l'environnement). Pour d'autres, les associations d'usagers et de patients pouvant y siéger doivent au préalable avoir été reconnues comme compétentes en promotion de la santé. Un point de vigilance consiste à ne pas restreindre la représentation des « usagers » aux seules associations de malades, sauf à prendre le risque de reproduire un biais de représentation au profit des soins curatifs.

Garantir les moyens de la CRSA

Les avis et propositions de la CRSA doivent pouvoir s'étayer sur des échanges réguliers entre ses membres et sur des évaluations indépendantes, qu'elle doit avoir la possibilité de commander elle-même. Cela implique pour certains que la CRSA dispose d'un budget propre et conséquent ; ce point a été une des difficultés constatée sur les précédents exercices. Elle doit pouvoir travailler selon un calendrier précis. Les informations concernant les plans régionaux et les schémas régionaux de santé publique (PRS et SRS) doivent être publics. En particulier, les PRS doivent être rédigés de façon à être compréhensibles pour l'ensemble des acteurs.

Propositions

Un pôle de promotion de la santé clairement identifié

Chaque ARS doit se doter d'un pôle de promotion de la santé clairement identifié, nettement distinct du pôle soins, identifié au sein de politiques publiques et par les acteurs de terrain et démontrant ainsi la reconnaissance de ce champ au sein même de la structure de pilotage de la santé en région. Ce pôle sera chargé de la mise au point d'indicateurs d'efficacité des actions et de la coordination des acteurs, mettant des ressources à leur disposition. Il dispose éventuellement de son propre directeur (d'un pilote), et d'un cadre d'action clair situant le champ de la promotion de la santé tant dans ses aspects éthiques que techniques. Ce pôle doit clairement identifier ce qui relève de l'éducation pour la santé au sein des activités plus larges de promotion de la santé et d'ingénierie en santé publique. Ces champs ne doivent pas être oubliés ce pourquoi la SFSP a recommandé de nommer ce pôle « Promotion, prévention et programmes de santé ».

Une conférence régionale de santé et de l'autonomie réellement autonome

La conférence régionale de santé (CRSA) apparaît comme l'instance démocratique par excellence de l'ARS. La composition de ses membres doit être soigneusement distincte de celle du Conseil de surveillance : *pas de double appartenance possible*. En particulier, les financeurs ne doivent pas pouvoir y siéger. Plus généralement, ses membres ne doivent pas être juges et partie et une gestion des conflits d'intérêts doit être mise en place.

Une conférence régionale de santé force de proposition

La CRSA doit pouvoir émettre des avis et des propositions au Directeur de l'ARS et/ou au Conseil de surveillance. Le Directeur de l'ARS est tenu de rendre compte de leur devenir.

Rendre obligatoires les conférences de territoires

L'existence de conférences de territoires doit être obligatoire et ces conférences doivent être représentées dans les CRSA. Les travaux de ces conférences et ceux de la CRSA doivent être rendus publics et la CRSA doit en tenir compte dans la conduite des siens.

Rapprocher les travaux de l'ARS et de la CRSA

La CRSA doit être tenue informée de l'avancée des travaux préparatoires au projet de santé régional et à ses déclinaisons ; elle doit pouvoir émettre un avis circonstancié à chacune des étapes de leur élaboration ; l'ARS et son directeur doivent être tenus de rendre compte du devenir des avis émis par les instances consultatives dans l'élaboration et la mise en œuvre du projet de santé régional et de ses déclinaisons.

Enjeu 4 : Un financement adapté (vertueux, fiable, durable, solide…) de la promotion de la santé

Éléments de problématique

- **Un facteur clé : la mutualisation des financements**
- **Gestion commune des financements**
- **Un fonds spécifique, suffisant et sanctuarisé (fongibilité asymétrique)**
- **Assurer la visibilité des investissements à chaque financeur**
- **Transparence sur la procédure d'instruction et de sélection**
- **Elaboration de cahiers des charges : qualité de la commande publique (appel à projet territorialisée ?)**
- **Respect des promoteurs**
- **Accompagnement des promoteurs**
- **Pluri annualité des financements (COM)**
- **Coordination doit être imputée déjà aux financeurs : ce n'est pas aux promoteurs à coordonner les financeurs par leurs projets**
- **Regroupement des opérateurs ? thématiques, programmes, territoires ?**
- **Evaluation des financements**
- **Affectation définitive de financement à des activités structurantes hors appel à projet (pôles de compétences) contractualisation sur les financements (financements nationaux ou locaux)**

Choisi explicitement par quatorze régions, le thème du financement des actions a été abordé par toutes, selon des problématiques et avec des propositions très proches les unes des autres. Il s'agit d'un des trois thèmes les plus mobilisateurs.

Constats

La faiblesse des financements accessibles

La prévention et la promotion de la santé sont traditionnellement considérées comme les parents pauvres de la santé. La prévention représente entre 4,4 %[9] et 6,2% [10] des dépenses de santé identifiées

[9] Le Fur P, Paris V, Pereira C *et al.* Les dépenses de prévention dans les comptes nationaux de la santé : une approche exploratoire, Question d'économie de la santé, IRDES, juillet 2003 N°68.
[10] Fénina A, Geoffroy Y. Les comptes de la santé en 2005, DREES, Etudes et résultats, 2006, N°505.

dans les Comptes nationaux de la santé. Les montants s'élevaient, en 2002, à 2,5 milliards d'euros pour la prévention individuelle et 2,2 milliards d'euros pour la prévention collective, ce qui représente au total 2,9 % de la Dépense courante de santé[11]. Pouvoir suivre et comprendre ces dépenses nécessite un monitorage de celles-ci au niveau régional, permettant des comparaisons interrégionales et dans la durée. Or la définition du périmètre de ces financements est difficile à définir.

Il faudrait y ajouter les fonds mobilisés par les collectivités territoriales et par les organismes et fondations privées. Il faut souligner que les fonds disponibles tant en matière de recherche qu'en matière d'innovation à l'échelle française ou européenne sont d'une complexité telle qu'elle nécessite une organisation importante en matière de gestion de projets.

La diversité des sources de financements

Le « guichet unique » qui était un des objets de la loi d'août 2004 relative à la santé publique avec la mise en place des GRSP, allait dans le bon le sens, cependant la mutualisation escomptée n'a pas donné sa pleine mesure. 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. Pour autant, il existe encore de nombreuses sources 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, départements, communes, et fondations ou fonds privés… Cette diversité nuit à la cohérence des politiques régionales et à la lisibilité des interventions financées.

Un mode opératoire habituel peu efficient : l'appel à projet annuel

L'obligation de reconduire les demandes de financements d'une année sur l'autre et le décalage entre le dépôt des dossiers et la réalisation des actions entraînent des pertes de temps considérables, temps qui n'est donc pas mis au service des actions, un sentiment de lassitude des acteurs, aggravé par la précarisation induite des postes salariés, et un émiettement des actions dans l'espace et dans le temps, préjudiciable à une efficacité qui demande le plus souvent de la durée.

Les procédures souvent identiques pour des programmes d'envergure différente conduit à mobiliser beaucoup de temps en gestion et administration pour des interventions courtes et pas assez d'expertise pour des programmes importants. La demande fréquente de cofinancements induit également des difficultés de gestion et génère des démarches peu efficientes quand elles doivent se faire au niveau des

[11] La dépense courante de santé (DCS) comprend la consommation de soins et biens médicaux (C.S.B.M), la consommation des services de médecine préventive (C.S.M.P), les indemnités journalières, la prévention collective, les subventions reçues par le système de santé, le fonctionnement de la recherche, de l'enseignement et de l'administration sanitaire.

promoteurs d'interventions locales. Ce n'est pas aux promoteurs de coordonner les financeurs par le biais des cofinancements.
La course aux subventions induit également une mise en concurrence de structures, souvent de petite taille, là où il faudrait au contraire encourager leur coopération.
L'absence, assez générale, de prise en charge des frais de fonctionnement des structures qui sollicitent le financement de projet rend impossible la pérennisation des équipes et donc des compétences.
Un déficit de communication ressenti - même s'il y a eu une grande amélioration avec les GRSP - quant aux annonces des appels à projets et surtout quant aux critères de sélection et aux motifs de refus.

Du côté des promoteurs

Des promoteurs d'intervention en prévention et promotion de la santé aux statuts différents, souvent de petites équipes, ayant des niveaux de compétence en promotion de la santé très inégaux, et inégalement répartis sur les territoires de la Région (voir autres thèmes).

Les restructurations de promoteurs fortement suscitées par certains GRSP inquiètent les acteurs des territoires peu peuplés et font craindre un recentrage sur des missions d'appui méthodologique au détriment d'une présence de professionnels au contact direct des populations.

Le principe de l'appel à projets a largement contribué à la professionnalisation des acteurs. Ce sont là des conséquences bénéfiques auxquelles pourraient s'ajouter une meilleure transparence dans l'attribution de financement, ainsi qu'une meilleure adéquation du champ des actions financées avec les objectifs affichés. En corollaire, il a favorisé l'approche thématique qui est souvent opposée à une vision globale de promotion de la santé.
Les opérateurs des politiques publiques dans le champ de la promotion de la santé et de la prévention sont essentiellement des structures associatives. Celles-ci sont sorties très précarisées des différentes réformes successives et incessants changements des règles du jeu qui leur ont été proposées. Face à l'effort de professionnalisation et de structuration, il faut sortir des classiques représentations que la prévention ne coute rien et que les structures qui la mettent en œuvre ne sont que composées de bénévoles. La promotion de la santé doit bénéficier des mêmes logiques de fonctionnement que le soin ou le médicosocial. Au-delà de la mise en œuvre des actions, les associations développent des actions de prospections, de diagnostic et de coordination qu'il convient de prendre en charge. On ne peut plus nier cette réalité. Le développement d'une politique locale basée sur une approche territoriale et visant la réduction des inégalités ne pourra se faire sans intégrer ces coûts de fonctionnement sous peine de laisser des territoires sans couverture.

Un nouveau positionnement des financeurs privés

La difficulté de mobiliser des financements publics a provoqué une crise qui a conduit certains opérateurs à rechercher des financements complémentaires. Les motivations de ces financeurs sont variables certains voulant récupérer de l'image, de la notoriété ou se construire une légitimité en santé publique, dans la prévention ou la promotion de la santé, d'autres enfin étant plus directement dans le

placement de produits. Certains de ces financeurs privés ont intégré les GRSP, d'autres leur ont fermé les portes.

Propositions[12]

Un pilotage national

Pour ne pas réduire la cohérence et l'efficience 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. La multiplicité des sources financières d'organismes d'Etat ou de l'Assurance maladie, voire des fondations qui se mettent en place - notamment dans le cadre de la loi HPST -pouvant abonder les projets régionaux de promotion de la santé, nécessite une coordination nationale.

Dans le cadre de la fongibilité asymétrique, proposée afin de garantir que les fonds de prévention ne seront pas investis dans le soin, il est également important de disposer d'une vigilance nationale. Dans le cadre de cette fongibilité, une partie des fonds dédiés aux Missions d'intérêt général versés jusqu'à présent aux établissements de santé pourraient être orientés vers des programmes de prévention.
Le Conseil national de pilotage des ARS pourrait être le lieu de mise en cohérence de ces différents financements nationaux et de leur articulation avec les ARS.

Les appels à projets nationaux pourraient être limités aux seules expérimentations et à la recherche.
À noter que les modalités de généralisation en cas de pérennisation des expérimentations doivent être arrêtées dès l'appel à projets pour que les promoteurs ne soient pas confrontés à l'impossibilité de poursuivre par absence d'anticipation et de lien avec les programmes et les financements régionaux.

Cette proposition s'inscrit dans la logique du guichet unique, commencée avec le GRSP, et demandée par de nombreux promoteurs d'intervention en prévention pour simplifier les procédures, éviter la recherche de cofinancements, donner plus de lisibilité aux programmes et institutions ou organismes financés.

Une lisibilité de l'apport financier des autres acteurs régionaux au plan stratégique de santé

Deux commissions de coordination des politiques publiques sont prévues au sein de l'ARS permettant aux autres acteurs que sont notamment les collectivités territoriales, la santé scolaire, la santé au travail d'intervenir de manière cohérente dans le plan stratégique de santé. Il est nécessaire que les fonds mis à disposition par ces institutions pour le plan stratégique de santé soient connus, lisibles et intégrés dans les procédures communes.

[12] Les réflexions issues des débats régionaux ont enrichi la rédaction de l'ouvrage ARS : financer, professionnaliser et coordonner la prévention. Ouvrage rédigé sous la direction de N Leuridan. Ed. INPES, 2009. Aussi, plusieurs des propositions ici formulées sont identiques à celles de ce rapport.

Un conventionnement pluriannuel

Les GRSP avaient déjà la possibilité de conclure des conventions pluriannuelles. Il convient de poursuivre et d'élargir cette manière d'intervenir en développant un conventionnement pluriannuel sur la durée du plan :

- ceci permet de rendre pérenne des interventions qui ont besoin de durée et de régularité pour être efficaces rendre,
- ceci permet de gagner en efficience pour la gestion des dossiers
- ceci favorise la solvabilisation des opérateurs de prévention ou des activités de prévention structurantes, permet de prendre en compte les frais de structures et pas uniquement les frais liés à l'intervention,
- ceci nécessite une procédure d'identification et de sélection des opérateurs ou activités, ainsi qu'une procédure de suivi et d'évaluation plus élaborée que pour les appels à projets annuels, comme cela se fait sur le plan national pour les organismes bénéficiant de conventions pluriannuelles.

Au départ, 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.

A terme, ces opérateurs devraient entrer dans le même processus d'autorisation ou d'agrément permettant d'envisager des CPOM.

Un appel à projets ciblé annuel et des commandes publiques

La nécessité de développer des interventions plus ponctuelles expérimentales ou encore de s'appuyer des équipes de prévention moins structurées mais permettant de faire émerger les initiatives locales conduit à garder la possibilité d'appels à projets annuels. Cette possibilité d'appels à projets ciblés permet une réactivité dans la durée du plan et de faire émerger de nouveaux acteurs au plus prés des populations concernées. Des commandes publiques peuvent compléter le dispositif et préciser des demandes, notamment territorialisées.

En cas d'interventions expérimentales, il convient de prévoir dès le départ les possibilités d'une pérennisation si l'expérience est fructueuse.

Transparence

La construction de politiques contractuelles avec les opérateurs des professions de santé cités dans la loi, des acteurs des collectivités locales ou des représentants associatifs ne peut se faire sans une transparence sur les modalités d'octroi des financements. Il est nécessaire d'établir des cahiers des charges dont les critères iraient vers une complexité croissante en fonction des montants alloués et des

types de conventionnement (pluriannuel ou annuel). De même, il est proposé de rendre publics les décisions et leurs motifs sur un site internet accessible à tous.

Appui à la recherche de financements européens

L'ARS doit aussi considérer l'extension des sources alternatives de financement qui existent dans le champ de la prévention. La France est l'un des pays qui a le moindre taux de recouvrement de sa part des contributions au budget européen. Si la mise en place de la régionalisation est une opportunité de remise à niveau dans les échelles européennes face aux Länder allemands ou régions espagnoles, il convient d'organiser l'ARS pour lui construire une capacité à recouvrer des financements européens. La promotion de la santé dans sa dynamique intersectorielle peut permettre de mobiliser par exemple le fonds social européen pour les contrats urbains de cohésion sociale. L'ingénierie de tels projets est complexe et impossible pour une petite équipe. Il convient donc de trouver au sein des ARS, en lien avec les services des préfectures de région dont c'est une mission habituelle, un appui au montage de tels projets d'envergure.

Encadrement éthique des financements privés

Les conflits d'intérêts sont largement décrits dans le champ de la prévention aussi il conviendrait de réaffirmer le cadre éthique des interventions en promotion de la santé, afin d'éviter les dérives commerciales et sectaires, et permettant de valoriser les approches validées (INSERM, HAS).
L'appui de l'INPES devrait être sollicité pour formaliser une charte d'intervention des financeurs privés (types d'intervenants autorisés, conditions d'intervention et de financement).

Enjeu 5 : Accompagnement de la mise en œuvre de la politique de promotion de la santé

Douze régions ont explicitement choisi l'enjeu 5, mais presque toutes les régions mentionnent au moins la nécessité de l'accompagnement des acteurs, même si elles n'approfondissent pas sa problématique. De plus, bon nombre des propositions énoncées dans les enjeux précédents sont des mesures allant dans le sens d'une valorisation de la promotion de la santé.

Constats

La promotion de la santé est un domaine où de nombreux acteurs issus de champs professionnels différents et variés sont sollicités.
Actuellement les approches thématiques que l'on retrouve dans les axes prioritaires définis par plans régionaux de santé publique, financés par les Groupements Régionaux de Santé Publique (GRSP) et les approches territoriales et/ou populationnelles mises en œuvre par les collectivités territoriales ne sont pas toujours harmonisées. Les orientations de la politique de santé en région ont été portées par le GRSP et les financements qu'il a attribué, mais sans interlocuteur précisément désigné et sans réelle coordination des projets, ce qui ne permet pas d'organiser la pluridisciplinarité. Les intervenants travaillent dans leur «microcosme» institutionnel selon des programmes validés en interne en organisant de manière unilatérale les relais. Le manque de stratégies définies, co-construites, validées et soumises à une évaluation suivie et rigoureuse, les changements fréquents de contacts en particulier au niveau des institutions parmi les différents acteurs sont autant de facteurs entraînant une reconstruction quasi permanente des équipes, des projets et des méthodes de travail.

Synthèses des contributions

Connaissance des plans

Les plans stratégiques nationaux et régionaux portant explicitement sur la Promotion de la Santé et la Prévention apparaissent comme étant connus de façon très hétérogène. Les plans les plus cités, sont le Plan Régional de Santé (PRSP), le Schéma Régional d'Education pour la Santé (SREPS), le plan de lutte contre le cancer et surtout le Plan National Nutrition Santé, souvent mentionné comme constituant un bon exemple de plan porteur.
Des programmes régionaux particuliers et spécifiques ont également été mentionnés. Ces programmes sont davantage connus suite à des constats spécifiques effectués au niveau régional. La coordination entre ces plans est peu apparente.

Définir des priorités de santé et élaborer des plans de prévention

L'articulation des priorités nationales et régionales reste problématique et n'a pas été résolue par les propositions des débats.
Quelle que soit la structure retenue, elle devra travailler avec des priorités définies. Elle sera aussi un interfaçage avec les représentants des acteurs sur les territoires pour travailler à la construction de programmes structurés, qui permettront de mettre en place des actions sur tout le territoire d'une région, adaptés aux différentes populations, elles aussi déterminées.
Ces plans doivent sortir des logiques thématiques pour entrer dans des logiques transversales, territoriales et populationnelles, sur des programmations pluriannuelles.
Par ailleurs, l'animation de la mise en œuvre de ces plans requiert un suivi de proximité, via des relais locaux identifiés.
La coordination des politiques et des actions est prioritaire, la CRSA a peu de moyens pour influer sur les orientations de la définition des politiques de l'ARS.

Plusieurs types de structures de coordination ont été proposés

- ***Une direction dédiée à l'éducation et la promotion de la santé***

Une direction dédiée à la prévention au sein des ARS doit pouvoir faire le lien entre la coordination des acteurs et la coordination des politiques. Toutefois, elle ne doit pas renforcer le clivage entre curatif et préventif. L'organisation mise en place doit garantir un continuum entre soins préventifs et soins curatifs si nécessaire et associer approche thématique ciblée sur des populations à risque et approche globale intégrant les aspects systémiques et environnementaux.
Son rôle serait multiple : établir un diagnostic et un constat des situations, problèmes et attentes en matière de santé ; définir la stratégie de développement et impulser une dynamique ; disposer d'une capacité de pilotage, de régulation, de concertation et de fédération entre les acteurs, qui sont en demande de cela ; être responsable des budgets et de la politique d'attribution.
Cette direction régionale pourrait comprendre des agents au niveau régional et d'autres au niveau départemental qui siègeraient dans les commissions départementales.

- ***Un pôle de prévention et promotion de la santé au sein des ARS***

Son rôle pourrait d'être le garant d'une vision globale de la santé publique et des différents plans d'action à mettre en œuvre, en assurant à toutes les étapes, de la conception à l'évaluation, le suivi et la complémentarité des actions à mener.
Il pourrait contribuer au pilotage des missions déterminées comme définir des priorités de santé, élaborer des plans de prévention, structurer et financer les acteurs de la prévention, disposer d'un système d'information adapté, informer et communiquer sur les plans et les actions, aider la professionnalisation des acteurs, favoriser la recherche.

Le pôle prévention et promotion de la santé au sein des ARS, recentré sur des missions d'expertise en promotion de la santé, se devra de définir précisément le positionnement des différents acteurs dans la chaîne d'intervention et de structurer mais aussi préciser la notion de complémentarité et de mutualisation des acteurs.

- ***Un pôle régional de compétences en éducation pour la santé***

Véritable référent technique, il pourrait avoir pour vocation de mettre en lien, de former les acteurs de l'ensemble du territoire, d'améliorer la qualité des programmes et des actions afin de favoriser l'optimisation des ressources et de mieux couvrir les territoires au service des populations locales. Le pôle de compétences devrait être un lieu pluri-professionnel et pluri institutionnel rassemblant les compétences, les expériences territoriales, départementales et régionales des professionnels de terrain, des associations reconnues dans ce domaine, des universitaires.

Coordination des acteurs

La coordination des acteurs, dépendants de secteurs différents avec des budgets propres (santé, éducation nationale, collectivités territoriales, etc.) ou à l'inverse en concurrence au travers d'appels d'offres, est une question centrale de l'accompagnement de la mise en œuvre de la politique de prévention et de promotion de la santé.

La coordination entre les acteurs doit relever pour certains de la CRSA ou de la commission de coordination «prévention» prévue par la Loi HPST (la Loi votée prévoit la constitution de « deux commissions de coordination des politiques publiques de santé compétentes pour assurer la cohérence et la complémentarité des actions dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile »), pour d'autres de la direction opérationnelle d'un pôle promotion de la santé.

Il faudrait que se mette en place une réelle coordination des acteurs sur le terrain : les conférences territoriales doivent se mettre en place mais ne plus être uniquement des conférences sanitaires. Elles doivent avoir les moyens d'évaluer les situations, les problèmes et les attentes territoriaux et de ne les faire remonter vers la CRSA.

Cette coordination territoriale est indispensable pour éviter la concurrence des acteurs associatifs mais aussi la concurrence public/privé associatif. Elle doit faciliter au contraire la mise en réseau des acteurs.

Aider à la professionnalisation des acteurs

Il semble très important de pouvoir professionnaliser les acteurs associatifs intervenant dans le champ de la promotion de la santé, des politiques de la ville, en éducation pour la santé. Le soutien à la méthodologie de projet en promotion de la santé est crucial, s'y ajoutent également la reconnaissance des postes de coordination et celle des intervenants de proximités : les médiateurs.

Il faut bien distinguer les différents types d'exercice de l'éducation pour la santé en région : les missions de méthodologie, de formation, et les actions pilotes coordonnées par le réseau des Cres, Codes et les

opérateurs d'actions auprès des populations spécifiques (enfants, femmes, personnes âgées, personnes vulnérables) qui ont besoin d'appui méthodologique et de formations.
L'ARS doit faciliter l'accès à des données de type diagnostic sur des territoires, soutenir les actions dans des démarches «projet», permettre l'innovation et conforter les pôles de compétence.

Structurer et financer les acteurs de la prévention

Le financement annuel, sur des logiques d'appel à projets, est en opposition avec la condition nécessaire de continuité et de progression des actions de prévention et de promotion de la santé.
Un système de financement pérenne pour les acteurs de ce champ pourrait être mis en place sur un conventionnement d'objectifs et de moyens, selon des objectifs partagés et définis, pour permettre une mise en œuvre et un suivi au long cours des actions menées.
Ces objectifs pourraient être intégrés dans une démarche d'évaluation formative sur 5 ans au moins. Le versement des fonds doit être de ce fait corrélé à des indicateurs choisis selon les étapes de mise en œuvre.
Il s'agit enfin, d'assurer la complémentarité des actions menées (entre le droit commun, le secteur privé, les associations, etc.) pour éviter la redondance d'actions ponctuelles et entrer dans des logiques de complémentarité sur les territoires.

Mettre en place charte, contrat, convention

La mise en œuvre et l'accompagnement des politiques de promotion de la santé pourraient être régis par des contrats entre l'ARS et ces structures en fonction des missions qui leur seraient confiées. Ce pourrait être des conventions autour d'un service rendu à une population des actions spécifiques. Ces conventions pourraient rentrer sous le chapeau d'une charte éthique opérationnelle.
Un préalable est nécessaire, celui d'adopter une stratégie commune entre ARS et promoteurs.
Des conventionnements pluriannuels permettraient d'éviter la multiplication d'actions à caractère unique et sans suite, particulièrement démotivantes pour les intervenants, mais surtout ayant au final peu d'impact sur le public ciblé.

Favoriser la recherche

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

- développer l'expertise dans ces champs d'action, du diagnostic à la pratique ;
- mettre en place des recherches - actions qui reposent sur des méthodologies robustes et validées ;
- constituer un pôle de recherche dynamique et attractif ;
- aider à l'évaluation des actions menées.

Le financement de la recherche est peu accessible aux équipes de terrain, il est à encourager. Des projets de recherches appliquées pourraient favoriser un transfert de méthodologie et faciliter la déclinaison territoriale des projets, tout en allégeant le coût de leur mise en œuvre.

Organiser les échanges du pôle avec le national

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

Une remontée et des échanges dans l'autre sens demandent également à être aménagée. La représentation régionale au niveau national devra être assurée. Cette participation au pilotage national est nécessaire aux échanges et à la connaissance de ce qui se fait en région. Il s'agira d'être une force active dans la remontée et le suivi des programmes régionaux vers l'échelon national pour permettre une meilleure lisibilité et une meilleure cohérence des plans régionaux.

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

- pour harmoniser les pratiques et les approches ;
- pour étayer et dynamiser le niveau fonctionnel représenté par l'ARS et le niveau opérationnel des acteurs de terrain ;
- pour articuler les niveaux nationaux, régionaux et interrégionaux.

Elle pourra pour cela procéder à la mise en place de séminaires de coordination entre les référents régionaux des agences et les pôles.

Définir et organiser l'évaluation des activités de Promotion et Prévention de la santé

L'évaluation réclame en amont des développements méthodologiques, une définition d'indicateurs en fonction des objectifs visés, des analyses statistiques, etc. Il faut surtout savoir ce que l'on souhaite évaluer, par ex. : la politique régionale de santé, les actions contributives aux plans mis en place, l'utilisation des fonds par ceux qui les ont obtenus. La confusion entre ces questions évaluatives conduit à se référer à l'outil de catégorisation des résultats, développé par Promotion santé Suisse qui permet de situer le niveau de l'intervention et donc le type d'objectifs à atteindre et de résultats correspondants à évaluer. http://www.inpes.sante.fr/outils_methodo/categorisation/V6%20guide_fr.pdf

Propositions

- Définir des priorités de santé et élaborer des plans de prévention en prenant en compte l'articulation des priorités nationales et régionales.
- Créer un pôle santé publique au sein de l'ARS, qui soit en lien avec liens avec les acteurs pluri professionnels et pluri institutionnels du champ, et s'appuyant sur un pôle régional de compétences dédiée à l'éducation et la promotion de la santé.
- Mettre en place une réelle coordination des acteurs sur le terrain au niveau de la commission de coordination « prévention » de l'ARS la coordination des politiques et des actions.

- Aider la professionnalisation des acteurs.
- Structurer et financer les acteurs de la prévention grâce un système de financement pérenne basé sur un conventionnement d'objectifs et de moyens.
- Mettre en place charte éthique opérationnelle, contrat, convention.
- Organiser les échanges du ou des pôle(s) avec le national, La représentation régionale au niveau national étant assurée par les acteurs impliqués dans la Promotion et la Prévention de la santé.
- Aider à la professionnalisation des acteurs de la Promotion et la Prévention de la santé.
- Favoriser la recherche.
- Définir et organiser l'évaluation des activités de Promotion de la santé en distinguant l'évaluation d'un programme ou d'une politique de santé de l'évaluation des actions qui composent le programme.

Préconisations SFSP

Les différents plans stratégiques nationaux et régionaux ont pour effet de créer une dynamique et de favoriser la mobilisation des acteurs autour d'actions prioritaires communes, reflétant les problématiques rencontrées sur le terrain.
Cependant, à la grande ambition de ces programmes ne répondent pas nécessairement les moyens financiers qui se révèlent souvent insuffisants pour permettre d'atteindre les objectifs initialement fixés.

Plans et programmes nécessitent une coordination qui pourrait s'organiser au niveau de la commission de coordination « prévention » de l'ARS à condition qu'elle existe avec une mission définie et un vrai mandat ; en particulier elle doit assurer la coordination avec les acteurs qui ne sont pas directement impliqués dans les ARS (santé au travail, santé scolaire, Protection Maternelle Infantile). Cette commission pourrait assurer la coordination entre les acteurs en prenant l'avis de la CRSA et en s'articulant avec la future CRSA afin d'introduire une représentativité démocratique et un plus grand pouvoir d'orientation.

La mise en œuvre des plans et programme pourrait être soutenue par la signature préalable d'une charte éthique opérationnelle, de conventions ou de contrats.

L'efficience de l'élaboration, la mise en œuvre, et l'accompagnement de la politique de promotion de la santé et de la prévention se trouverait renforcée par :

- la constitution en national et en région d'un pôle de recherche dynamique et attractif serait un facteur dynamisant pour le développement de politique nationale et régionale en Promotion et Prévention de la santé.
- la mise à disposition d'un centre de ressources national mais aussi régional en promotion de la santé, rassemblant les contributions des ARS et facilitant l'accès à des données de type diagnostic sur des territoires favoriserait les diagnostics santé nationaux et régionaux mais aussi la prise de décision dans la définition des axes stratégique de développement pour la promotion et la prévention de la santé. La recherche est un élément valorisant en particulier lorsqu'elle

concerne le développement d'actions innovantes. Elle doit être développée au niveau national et régional dans le domaine de la promotion et la prévention de la santé.

- l'évaluation des plans, programmes et actions doit être intégrée dès la conceptualisation des projets. C'est un élément important de la pérennisation des actions et de l'analyse de leur impact. Elle donne une base de réflexion pour la prolongation des plans programmes et actions dans le temps et en permet l'amélioration.

Enjeu 6 : Intersectorialité

Introduction

Comme il est écrit dans la charte d'Ottawa « le secteur de la santé ne peut à lui seul assurer le cadre préalable et futur le plus propice à la santé. L'action coordonnée de tous les intéressés est requise : gouvernements, secteurs de la santé et autres secteurs sociaux et économiques, ONG et bénévoles, autorités locales, industries et médias… La politique de promotion de la santé suppose donc que l'on identifie les obstacles à l'adoption de politiques pour la santé dans les secteurs non sanitaires et les moyens de surmonter ces obstacles ».

La notion d'intersectorialité revêt ici deux significations distinctes :

- l'intersectorialité au sein du système de santé entre les acteurs directs du soin, du médico-social, de la prévention et de la promotion de la santé ;
- l'intersectorialité entre le secteur de la santé et les acteurs indirects (tels que définis dans l'enjeu 2) issus d'autres secteurs : social, éducation, protection de l'environnement, aménagement du territoire, transports, habitat, industrie, culture, etc.

La seconde acception est très éloignée de la première : il s'agit de parvenir à insuffler la promotion de la santé au cœur des politiques publiques extra-sanitaires et même de la gouvernance d'entreprise.

Constats des participants

Le sentiment global est qu'il s'agit d'un enjeu majeur (seize régions l'ont choisi) mais difficile à appréhender. Cette difficulté semble provenir d'une part de la double acception du terme intersectorialité (au sein du système de santé et avec les autres secteurs). Elle s'explique, d'autre part, parce que les solutions échappent en grande partie aux acteurs et opérateurs engagés directement dans la promotion de la santé.
Dans les lignes qui suivent, sont synthétisés les obstacles à lever pour faire progresser l'intersectorialité puis les politiques intersectorielles citées en exemple par les participants.

Obstacles

Deux obstacles structurels ont été identifiés : la balkanisation du système de santé et l'absence de culture commune.
Les entraves à l'intersectorialité sont liées à la multiplicité des découpages territoriaux, du pré carré, chaque institution ménageant le sien. Les corporatismes et le médico-centrisme, mais également la faiblesse de la représentation des usagers et des habitants sont aussi un obstacle. Même si cette

dernière existe déjà au cœur des conférences régionales de santé, elle ne pèse pas suffisamment pour que l'on parte des personnes dans une démarche ascendante.
La constitution d'une culture commune (voir enjeu 1) est un enjeu majeur, tant au niveau des opérateurs que des services de l'État. Elle est indispensable pour faire fonctionner ensemble des institutions aux préoccupations aussi diverses et des personnels et professionnels de cultures et d'horizons aussi différents, rassembler la pluralité des acteurs que sont les collectivités, les réseaux de professionnels et les associations.

Exemples de politiques intersectorielles

Trois expériences ont été citées par les participants : la politique de la ville (approche par contractualisation), la politique de lutte contre la drogue et la toxicomanie (approche interministérielle), et les actions développées dans le cadre du PNNS (approche par labellisation). Elles illustrent trois façons différentes et complémentaires de mener et concevoir des politiques intersectorielles.

La politique de la ville consiste en un ensemble d'actions menées par l'État visant à revaloriser certains quartiers urbains et à réduire les inégalités sociales entre territoires. Elle oblige les différents départements ministériels à coopérer entre eux, mais implique aussi un partenariat entre l'État et les collectivités territoriales concernées. L'État intervient alors dans le cadre de contrats conclus avec les communes et autres acteurs locaux : contrats de ville, CUCS – Contrats Urbains de Cohésion Sociale.
La santé y est présente à travers les ASV (Ateliers Santé Ville), qui constituent le volet santé des Contrats Urbain de Cohésion Sociale.

La MILDT (Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie) est chargée d'animer et de coordonner les actions de l'État en matière de lutte contre les drogues et les toxicomanies. Aussi, la MILDT prépare les plans gouvernementaux de lutte contre les drogues et les toxicomanies et veille à leur application. Dans les départements, la MILDT anime et soutient les efforts des partenaires publics dans tous les domaines de la lutte contre les drogues et les toxicomanies. Avec les ARS et les demandes de guichet unique, il conviendrait que les programmes supportés par la MILDT soient inclus dans les PRS ainsi que les budgets afférents.

Le PNNS a procédé selon une véritable démarche de promotion de la santé en essayant de dépasser l'approche traditionnelle par les thématiques et pathologies (maladies cardio-vasculaires, obésité, diabète, divers cancers…). Une grande partie de son activité a été de valoriser des actions locales menées par les professionnels de la santé, du secteur social, de l'alimentation, de l'éducation, des collectivités locales… La démarche favorise le développement d'initiatives locales et les appuie en les labellisant. Elle passe également par la promotion de chartes d'engagement proposées aux acteurs locaux actifs dans le domaine de la nutrition.

D'autres exemples ont aussi été cités par les participants : les Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS), le développement durable et l'Agenda 21.

Propositions de la SFSP

Dans le but de renforcer l'intersectorialité au sein du système de santé, les Agences Régionales de Santé devront :

- faire le lien entre soins et prévention en favorisant la prévention médicalisée organisée, intégrée dans l'activité des professionnels de santé de premier recours et en développant des mesures individuelles et collectives ciblant les comportements (éducation du patient, éducation pour la santé, activité physique) ;
- articuler le médico-social et le social avec l'offre de soins ;
- impulser de nouveaux modes d'organisation de l'offre de santé dans lesquels pourront converger activités de soins, de prévention et de promotion de la santé : Centres de santé, maisons et pôles de santé, réseaux de proximité ;
- confier à la commission de coordination prévention de l'ARS la coordination des politiques de prévention ;
- reconnaître l'implication des collectivités territoriales ;
- renforcer la sensibilisation/formation des élus pour faciliter l'intégration de volets santé dans l'ensemble des politiques publiques ;
- intégrer dans les pratiques de l'ARS la formation des acteurs au travail en intersectorialité ;
- permettre aux acteurs travaillant en intersectorialité de disposer d'une certaine autonomie tout en conservant le cadre institutionnel.

Dans le but de renforcer l'intersectorialité entre le secteur de la santé et les acteurs indirects, les ARS devront :

- développer un plaidoyer en faveur de la promotion de la santé au sein des directions régionales et en direction des partenaires des collectivités territoriales ;
- favoriser les mesures ciblant les environnements grâce à des collaborations intersectorielles, à un travail de réseau, à la prise en compte de l'impact sur la santé de politiques telles que politiques d'aménagement du territoire, de logement, d'urbanisme, etc.
- inclure dans les futurs « Contrats Locaux de Santé » la promotion d'environnements favorables ;
- assurer un rôle d'animation et de coordination entre les services de l'État au niveau de la région entre les différentes directions regroupées sous l'autorité du préfet, comme au sein de l'ARS. Ce rôle pourrait être confié aux commissions de coordination de la prévention et des prises en charge et accompagnement médico-sociaux.

Concernant l'intersectorialité entre le secteur de la santé et les acteurs indirects, il faut noter que les Agences Régionales de Santé devront être dotées de moyens et de compétences spécifiques. Leur légitimité auprès des acteurs du monde économique, des collectivités territoriales, du secteur associatif et des autres services de l'Etat devra être forte. Ce sont les conditions nécessaires à cette mission dont les enjeux dépassent très largement le cadre de la politique de santé.