



## « Renforcer et mobiliser les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé »

Avis

adopté par les membres de la CNS réunis en assemblée plénière le 8 février 2018

**Type de texte :**

Loi      Ordonnance      Décret en Conseil d'Etat      Décret simple      Arrêté  
 Plans et programmes nationaux de santé      **x Autre : saisine**

**Intitulé : Renforcer et mobiliser les acteurs de la prévention**

**Adopté le :** 08.02.2018      **Lors d'une :**       Assemblée plénière      Commission permanente

**Procédure :**  Normale      Urgence      Extrême urgence

**Vote :**      Unanimité      Nombre ou % de voix « pour » : unanimité moins 1  
 abstention

**Procédure de vote :**       En séance      Voie électronique      En plusieurs fois      Autre  
 (ex : concertation CRSA) :

**Type de saisine :**      Obligatoire       Non obligatoire      Auto-saisine

**Commanditaire : DGS**

**Rapporteurs :** M. Emmanuel RUSCH, Mmes Patricia COLSON et Martine LEROY

La Conférence nationale de santé (CNS), instance consultative placée auprès du ministre chargé de la santé, réunit l'ensemble des représentants des acteurs du système de santé au plan national comme régional - y compris les Outre-mer - (120 membres titulaires et 118 suppléant.e.s répartis en 8 collèges : collectivités territoriales, représentants des usagers du système de santé, conférences régionales de la santé et de l'autonomie, partenaires sociaux, acteurs de cohésion et de protection sociales, acteurs de la prévention, offreurs de santé, représentants des organismes de recherche, des industries des produits de santé et des personnalités qualifiées).

Fondée en 1996, la CNS est consultée sur tout projet de loi définissant les finalités et priorités de la politique de santé, les finalités et axes stratégiques de la politique nationale de santé ainsi que les plans et programmes nationaux de santé. La CNS formule tout avis ou proposition visant à améliorer le système de santé. Elle adopte le rapport annuel sur le respect des droits des usagers du système de santé (dont le médico-social). Elle organise également des débats publics sur les questions de santé.

Les avis de la CNS sont rédigés par les rapporteurs eux-mêmes.

\*\*\*

## Résumé de l'avis

Alors que la stratégie nationale de santé inscrit comme un des axes prioritaires l'orientation de notre système de santé vers la prévention, la CNS poursuit sa réflexion sur les modalités opérationnelles permettant d'atteindre cet objectif, tout en réduisant les inégalités sociales et territoriales de santé.

En effet, les acteurs de la promotion de la santé sont peu connus et reconnus, souvent même invisibles aux yeux des autres acteurs de santé. Ils sont dispersés, trop souvent mis en concurrence, fragilisés par des financements annuels non pérennes, sans visibilité de moyen terme. L'absence de référentiel de compétences en matière de promotion de la santé est un des obstacles à un recours adéquat aux bons acteurs, au bon moment, pour les bonnes politiques.

A partir de ces constats partagés par les acteurs et les financeurs, confirmés au travers d'un questionnaire diffusé auprès de ses membres, la CNS formule plusieurs recommandations :

**Tout d'abord, des recommandations transversales pour impulser un changement de paradigme et parvenir à une profonde transformation de notre système de santé.**

Il s'agit de faire de la promotion de la santé au sens de la charte d'Ottawa le cadre de référence des politiques de santé et de toutes les politiques publiques ; de renforcer les savoirs et compétences des décideurs en matière de prévention et promotion de la santé (PPS) et de santé publique ; d'assurer à tous les niveaux une gouvernance intersectorielle des politiques de PPS ; de faire AVEC les populations concernées et dans le respect des droits de tous les usagers ; de mettre en cohérence les budgets consacrés à la PPS avec la priorisation qui lui est accordée.

**Ensuite, la CNS formule un ensemble de recommandations pour renforcer les acteurs de la promotion de la santé.**

Tout d'abord, il s'agit de réaliser une mission d'observation des compétences mises en jeu et des métiers exercés afin de construire un référentiel de métiers et de compétences et développer les politiques de formation adaptées. Cette démarche doit tenir compte de la diversité des acteurs dont la PPS peut être, ou non, la seule activité et de la nécessité, dans ce cas, de bien identifier les compétences mobilisées dans le cadre des actions menées.

Par ailleurs, des métiers à fort enjeu, autour du pilotage, de la coordination et de la mise en œuvre des actions au plus près des usagers sur les territoires, existent. Ils sont du point de vue de la CNS des piliers indispensables au développement de la PPS et devraient faire l'objet d'une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences pour s'assurer de leur présence sur tous les territoires.

**Les modalités de mobilisation des acteurs de la promotion de la santé au plus près des territoires et des usagers sont également un sujet d'importance.**

La CNS recommande l'adoption de la démarche de service territorial de prévention qui passe par un diagnostic territorial partagé des besoins des populations et en regard des ressources (ressources humaines et financement) susceptibles d'être mobilisées dans une approche intersectorielle ; ensuite, l'élaboration par les acteurs, en réponse aux besoins identifiés, d'un programme territorial de PPS dans lequel tous les acteurs seront invités à s'inscrire et qui pourrait, sur la base de ce

programme, aboutir à la signature de contrats pluriannuels entre les financeurs et les acteurs mobilisés collectivement.

Au même titre que la coordination des offreurs de soins ou d'accompagnement, la coordination des acteurs de la PPS doit être structurée pour permettre la réalisation de parcours individuels et collectifs de PPS de qualité et sans rupture, contributifs du parcours de santé. La continuité et complémentarité des interventions des acteurs de la PPS, du soin, de l'accompagnement sont des objectifs majeurs qui doivent guider l'ensemble des réformes d'organisation de notre système de santé.

## Sommaire

Résumé de l'avis.....	3
I. PREAMBULE.....	8
A. La CNS (auto)saisie sur les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé .....	8
B. La méthode mise en œuvre repose sur l'expertise des membres de la CNS.....	10
C. L'avis de la CNS repose sur un cadre de valeurs éthiques .....	10
II. RECOMMANDATIONS TRANSVERSALES POUR UN CHANGEMENT DE PARADIGME .....	12
A. Une profonde transformation du système de santé est nécessaire .....	12
B. Recommandations.....	13
1. FAIRE LE CHOIX DE LA PROMOTION DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION .....	13
⇒ Retenir la promotion de la santé (au sens de la charte d'Ottawa) comme cadre de référence et d'organisation de notre système de santé et de nos politiques de santé. ....	13
⇒ Renforcer les savoirs et compétences des décideurs en matière de PPS, de politique de santé publique, de priorisation des actions et des acteurs, et au regard des besoins avérés.....	13
2. METTRE EN PLACE A TOUS LES NIVEAUX UNE GOUVERNANCE INTERSECTORIELLE .....	13
⇒ Intégrer et traduire au sein de la gouvernance du système de santé, et à tous les niveaux décisionnels (national, régional, départemental, local), la prise en compte de la multiplicité des déterminants de la santé et la dimension intersectorielle des interventions en santé.....	13
⇒ Identifier des outils et des indicateurs pertinents permettant la mesure, le suivi ou l'évaluation des interventions intersectorielles.....	14
⇒ Mettre en avant, dans le cadre de la gouvernance intersectorielle, les enjeux sanitaires ou environnementaux au regard d'enjeux qui ne seraient qu'exclusivement économiques.....	14
3. POUR TOUTE POLITIQUE DE PREVENTION ET DE PROMOTION DE LA SANTE, TANT AU NIVEAU NATIONAL QUE LOCAL, FAIRE AVEC LES POPULATIONS CONCERNEES ET DANS LE RESPECT DES DROITS DES USAGERS. ....	14
⇒ Systématiser la participation des usagers, de la conception à l'évaluation des politiques de PPS. 14	
⇒ Permettre à chaque usager d'accéder à une information sur la santé (déterminants, maladies, système de santé) de qualité. ....	15
⇒ Renforcer le respect des droits des usagers.....	15
4. LE FINANCEMENT DOIT TRADUIRE L'ENGAGEMENT VERS LA PRIORITE DONNEE A LA PPS .....	15

⇒ Evaluer, au niveau national et au niveau régional, les besoins pour la mise en place de cette priorité.....	16
⇒ Identifier, au niveau national et au niveau régional, toutes les ressources et tous les moyens qui seront nécessaires et mobilisés (qu'ils soient, ou non, déjà présents et engagés dans les différents organismes et institutions).....	16
Au niveau régional,.....	16
⇒ Pérenniser le financement de la priorité accordée à la PPS grâce à des attributions financières sur une base pluriannuelle, privilégiant notamment le financement par contrat pluri annuel d'objectifs et de moyens (CPOM) aux financements par appel à projets.....	16
⇒ Assurer une gouvernance permettant de mobiliser les moyens humains et financiers provenant d'organismes ou d'administrations différentes. ....	16
⇒ Inscrire les modalités de financement pérennes dans la loi ou dans le cadre réglementaire.	16
III. RENFORCER LES ACTEURS DE LA PROMOTION DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION : formation, référentiels de compétences et de métiers .....	17
A. Les professionnels de la PPS ne disposent pas de la visibilité nécessaire.....	17
B. Recommandations.....	19
1. REALISER UNE MISSION D'OBSERVATION DES METIERS ET COMPETENCES EN PPS .....	19
2. DEFINIR UN REFERENTIEL DE COMPETENCES PARTAGE.....	19
3. IDENTIFIER LES METIERS A FORT ENJEU .....	20
4. DEVELOPPER UNE POLITIQUE DE FORMATION EN CONSEQUENCE .....	20
⇒ Nécessité d'une formation de niveau «Sensibilisation» : PPS, l'affaire de Tous .....	20
⇒ Prendre en compte la singularité des acteurs et des parcours professionnels, reconnaître les acquis de l'expérience.....	21
⇒ Assurer une formation continue accessible à tous les acteurs de la PPS .....	21
⇒ Favoriser l'articulation entre promotion de la santé et développement durable .....	22
⇒ Intégrer les données probantes en PPS au sein des formations.....	22
⇒ Soutenir la recherche en PPS .....	22
IV. OPTIMISER LA MOBILISATION DES ACTEURS DANS LA PPS : TERRITORIALISATION DES PROGRAMMES DE PPS ET RESPONSABILISATION POPULATIONNELLE DES ACTEURS .....	22
A. Une dynamique de mobilisation des acteurs de PPS est à développer .....	22

B. Recommandations.....	24
1. FAIRE EMERGER DES POLITIQUES TERRITORIALES DE PPS.....	24
2. DEFINIR UN PANIER DE BIENS ET SERVICES EN PPS DE BASE, ACCESSIBLE A TOUS.....	26
3. RECENSER LES ACTEURS DE LA PREVENTION ET DE LA PROMOTION DE LA SANTE AU NIVEAU DES TERRITOIRES. 26	
4. DEVELOPPER LA CULTURE DE L'EXPLOITATION DES RETOURS D'EXPERIENCE .....	26
5. DEFINIR DES MODALITES DE FINANCEMENT EN ACCORD AVEC LA PRIORITE DONNEE A LA PPS .....	27
ANNEXES.....	29

## I. PREAMBULE

### A. *La CNS (auto) saisie sur les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé*

**La démarche de prévention et de promotion de la santé devrait être mise en œuvre dès le premier et jusqu'au dernier jour de la vie, dans tous les milieux de vie.**

Elle a pour objectifs de préserver et promouvoir la santé de chacun, de permettre de développer, dès le plus jeune âge, les habilités à prendre soin de soi, d'améliorer et protéger les environnements de vie, et de détecter suffisamment tôt les troubles, les maladies, afin qu'ils ne constituent pas une déficience à l'origine d'un handicap ou qu'ils ne conduisent pas à une mort prématurée évitable. Ainsi la prévention et la promotion de la santé tout au long du parcours de santé et de vie recouvrent aussi bien le dépistage de troubles néonataux, la vaccination, le développement des compétences psychosociales, l'éducation pour la santé, l'accès aux droits, la maîtrise des conduites à risques, le dépistage des cancers, l'éducation thérapeutique ou la lutte contre la perte d'autonomie. Les axes stratégiques de la promotion de la santé consistent à agir sur la multiplicité des déterminants de la santé, dans le cadre d'approches intersectorielles.

Le constat que l'on peut faire en France concernant la prévention et la promotion de la santé est particulièrement critique. Ainsi, le rapport HCAAM soulignait les points suivants :

*« - un manque de lisibilité de l'action publique, avec un empilement de plans et programmes, dont la mise en œuvre mobilise des acteurs extrêmement variés (acteurs institutionnels promoteurs et/ou financeurs de la prévention ou d'acteurs privés) ;*

*- une prise en charge de la santé des personnes axée sur les soins, qui conduit à considérer de façon privilégiée le versant médicalisé de la prévention ;*

*- une vision catégorielle et segmentée de la santé et de son financement, qui s'oppose à une approche globale support de stratégies de prévention efficaces (continuum prévention-soins médico-social).*

*Les inégalités sociales de santé ne régressent pas (exemples de l'obésité chez les enfants, de la mortalité par cancer). Ce résultat est en partie la conséquence de l'échec relatif des politiques de prévention auprès des populations les moins favorisées. Il faut pouvoir fournir une intervention à tous (universalité) mais avec des modalités ou une intensité qui varient selon les besoins (ciblage, proportionnalité). »*

La Conférence nationale de santé (CNS) a inscrit parmi les priorités de son programme de travail, la lutte contre les inégalités de santé et la réorientation du système de santé vers une priorité donnée à la prévention et à la promotion de la santé. Ces priorités se retrouvent au sein de la Stratégie nationale de santé 2017-2022 arrêtée par décret du 29 décembre 2017.

La CNS fait le choix de s'intéresser plus particulièrement aux acteurs professionnels de la prévention et de la promotion de la santé, dont le renforcement et la mobilisation sont indispensables si l'on veut traduire dans les faits cette orientation et assurer une démarche de qualité.



Ainsi, la CNS s'est, dans un premier temps, autosaisie sur ce sujet précisant alors les objectifs assignés au groupe de travail spécifique qu'elle a mis en place :

*« Le groupe de travail dégagera les axes de recommandations pour permettre de rendre plus visibles les acteurs de la prévention et promotion de la santé, plus lisibles leurs référentiels d'intervention, mieux reconnues les compétences qu'ils mettent en œuvre.*

*Il s'agira également de s'interroger sur les modalités de mobilisation de ces acteurs, au niveau territorial, pour une action efficiente, coordonnée, contribuant à lutter durablement contre les inégalités de santé.*

*La question des modalités de financement pour la pérennisation des interventions sera également abordée. »*

Puis, le Directeur général de la santé a saisi, le 15 janvier 2018, la CNS, précisant ainsi sa demande :

*« ... nous souhaitons saisir la Conférence nationale de santé pour que le travail en cours dans le cadre de l'autosaisine « Renforcer et mobiliser les acteurs de la prévention » s'articule avec la saisine du Haut conseil de la santé publique sur le rôle des offreurs de soins demandée conjointement par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et la Direction générale de la santé (DGS) ....*

*Vous veillerez, en particulier, à identifier les leviers et les freins à la mobilisation des acteurs de la prévention qui ne sont pas des offreurs de soins. L'objet de vos travaux devra se centrer sur la prévention collective auprès des populations, en particulier dans une démarche de réduction des inégalités de santé. Vous ferez des propositions sur les axes prioritaires à promouvoir en la matière.*

*Vous pouvez également inclure dans le champ de vos travaux la médiation sanitaire et l'accompagnement par les patients experts ».*

**Au terme d'une première étape, cet avis de la CNS porte plus précisément sur les acteurs de la prévention et promotion de la santé qui ne sont pas des offreurs de soins.**

Sont considérés comme offreurs de soins, les professionnels ou organismes au contact direct de la population pour des actes et des prises en charge médicaux et paramédicaux à visée diagnostique ou curative (physique et psychique). Ces professionnels offreurs de soins peuvent exercer dans le milieu libéral, hospitalier, institutionnel ou autre. Il s'agit plus précisément<sup>1</sup> :

- « des professions médicales et pharmaceutiques (médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, sages-femmes), des auxiliaires médicaux (infirmières, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, etc.) aux statuts et aux modes d'exercices divers : libéraux, salariés ou mixtes ;
- des établissements ou organisations couvrant des champs d'intervention différents (hospitalier, médico-social, social) avec des statuts qui peuvent être publics ou privés ;
- des réseaux de santé pluridisciplinaires regroupant des médecins, des infirmières et d'autres professionnels (travailleurs sociaux, personnel administratif, etc.) constitués pour favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge ;
- des structures de prévention : services de santé au travail, médecine scolaire, services de protection maternelle et infantile, structures de dépistage, etc. »

Ce travail se poursuivra, dans un deuxième temps, par un avis à venir sur la capacité à agir (« empowerment ») des usagers dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé. Cet

<sup>1</sup> Source : <http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/protection-sociale/risque-sante/professionnels-sante/qu-est-ce-qu-systeme-sante.html>.

avis portera notamment sur la nature et la façon de diffuser les messages auprès des personnes et des populations, sur la capacité que les sujets ont, à titre individuel ou collectif, à s'approprier ces messages de prévention et de promotion de la santé, sur la place de la médiation sanitaire et de l'accompagnement par les patients experts. Ce deuxième axe de réflexion est incontournable pour mener une politique de prévention et de promotion de la santé cohérente, en capacité de prendre en compte et de réduire les inégalités sociales de santé.

## **B. La méthode mise en œuvre repose sur l'expertise des membres de la CNS**

Un large appel à candidatures a été lancé, fin août 2017, auprès des membres de la CNS pour constituer un groupe de travail (Annexe 1).

Plus de 30 membres de la CNS ont souhaité intégrer le groupe de travail. Ils représentent un large éventail d'organismes (Education nationale, CNCPH, Conseil départemental, CRSA, associations, ...) et de domaines d'intérêt (protection maternelle et infantile, entreprise, environnement, promotion de la santé, ...). Trois rapporteurs ont été désignés (Rapporteurs : Mme Colson, Mme Leroy, M. Rusch).

Trois temps de rencontre et d'échanges ont été programmés (03 octobre, 10 novembre, 08 décembre) pour aborder 3 thèmes : formations et métiers ; articulation et territorialisation ; et si possible, empowerment.

Par ailleurs, un questionnaire a été adressé aux membres du groupe de travail, avant le premier temps de rencontre, avec pour objectif de mobiliser les expertises des membres sur les 2 axes de recommandations retenus et de croiser les points de vue.

Une audition de représentants de Santé Publique France (Agence nationale de santé publique ou ANSP) et une réunion d'échanges avec des représentants du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) ont complété ce dispositif.

Un glossaire des termes dont la compréhension doit être partagée est présenté en annexe.

## **C. L'avis de la CNS repose sur un cadre de valeurs éthiques**

Le présent avis s'inscrit dans un cadre de valeurs éthiques assumées et revendiquées.

Pour cela, nous reprenons ici une libre traduction des « **Ethical Values Underpinning Health Promotion Core Competencies** » [CompHP<sup>2</sup>] :

*« Les valeurs éthiques et les principes de la promotion de la santé comprennent la croyance en l'équité et la justice sociale, le respect de l'autonomie et du choix des individus et des groupes ainsi que des méthodes de travail collaboratives et consultatives.*

*La pratique de promotion de la santé éthique repose sur les engagements suivants :*

- *La santé en tant que droit humain, qui est au centre du développement humain ;*

---

<sup>2</sup> Source : [https://www.fundadeps.org/recursos/documentos/450/CompHP\\_Project\\_Handbooks.pdf](https://www.fundadeps.org/recursos/documentos/450/CompHP_Project_Handbooks.pdf)

- *Le respect des droits, de la dignité, de la confidentialité et de la valeur des individus et des groupes ;*
- *Le respect de tous les aspects de la diversité, y compris le sexe, l'orientation sexuelle, l'âge, la religion, le handicap, l'appartenance ethnique et les croyances culturelles ;*
- *La lutte contre les inégalités en matière de santé, à l'injustice sociale et la priorité accordée aux besoins des personnes en situation de pauvreté et de marginalisation sociale ;*
- *La prise en compte des déterminants politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques de la santé et du bien-être ;*
- *L'attention à ce que les actions de promotion de la santé soient bénéfiques et ne nuisent pas ;*
- *L'honnêteté vis à vis de la promotion de la santé et de ce qu'elle peut et ne peut pas accomplir ;*
- *La recherche des meilleures informations disponibles et des preuves nécessaires pour mettre en œuvre des politiques et des programmes efficaces, pertinents qui influent sur la santé ;*
- *La collaboration et le partenariat comme base de l'action de promotion de la santé ;*
- *L'autonomisation des individus et des groupes pour construire l'autonomie et le respect de soi comme base pour l'action de promotion de la santé ; l'attention permanente à ne pas culpabiliser les personnes ou les populations ;*
- *Le développement durable et la mise en œuvre d'une promotion de la santé durable ;*
- *La responsabilité quant à la qualité de sa propre pratique et au maintien, à l'amélioration de ses connaissances et compétences. »*

## II. RECOMMANDATIONS TRANSVERSALES POUR UN CHANGEMENT DE PARADIGME

### A. Une profonde transformation du système de santé est nécessaire

L'atteinte des objectifs « Renforcer les acteurs de la promotion de la santé et de la prévention » et « Optimiser la mobilisation de ces acteurs » nécessite, **pour une mise en œuvre effective et durable**, une profonde transformation du système et des politiques de santé actuels.

Des recommandations transversales concernant les mutations attendues du système de santé sont donc formulées et se positionnent comme des prérequis indispensables.

Un triple changement de paradigme est attendu :

- La réorientation du système de soins (trop centré sur le soin curatif) vers un système de santé prenant en compte l'individu / l'utilisateur dans sa globalité (que ce soit à un moment donné « transversal » ou dans le cadre d'un parcours de vie et de santé « longitudinal ») et dans un continuum associant promotion de la santé, prévention de la maladie, soins curatifs, accompagnement médico-social et social. Cette réorientation constitue l'un des 5 domaines d'intervention promus par la charte d'Ottawa voici plus de 30 ans ;
- La prise en compte systématique par les politiques de santé des différents déterminants de la santé (y compris environnementaux), et par les politiques publiques de leur impact sur la santé des populations ;
- L'approfondissement de la démocratie en santé qui implique d'une part la mise en œuvre d'une relation partenariale entre l'utilisateur et le professionnel de santé respectueuse des droits des usagers, et d'autre part, la participation des citoyens et des populations cibles aux politiques de santé.

Il convient également de résoudre la contradiction entre une parole publique valorisant la prévention et la promotion de la santé et un sous financement chronique, voire des réductions supplémentaires de moyens.

La capacité de la prévention et de la promotion de la santé à assurer un retour sur investissement financier, à garantir la soutenabilité de notre système de soin et à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, n'est plus scientifiquement à démontrer.

Mais un effort de plaidoyer majeur, sur ces 3 caractéristiques essentielles, doit être mené auprès des différents acteurs et décideurs. La place des collectivités territoriales est, dans ce cadre, essentiel à la fois en raison de la nécessaire territorialisation des politiques, programmes et actions de PPS, et des leviers sur différents déterminants de la santé dont disposent ces collectivités (notamment les communes et/ou les intercommunalités).

## **B. Recommandations**

### **1. FAIRE LE CHOIX DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION**

⇒ **Retenir la promotion de la santé (au sens de la charte d'Ottawa) comme cadre de référence et d'organisation de notre système de santé et de nos politiques de santé.**

Force est de constater que le terme de « prévention » est plus largement utilisé dans notre pays que celui de « promotion de la santé ». Or l'approche par la prévention ne permet pas une approche globale de la personne, met préférentiellement l'accent sur la maladie, le facteur de risque ou le handicap plutôt que sur la dimension positive de la santé, comporte une vision passive de l'utilisateur et une connotation médicale de l'intervention.

Toutefois, certaines stratégies, comme l'éducation pour la santé, peuvent se situer à la fois dans le cadre de la promotion de la santé et dans celui de la prévention.

Aussi, sans opposer la prévention de la maladie à la promotion de la santé, il convient de :

- articuler ces 2 domaines d'intervention,
- insérer la prévention dans une dynamique de promotion de la santé,
- permettre à l'utilisateur, ou à un groupe d'utilisateurs, d'être acteur de sa propre promotion de la santé avec le soutien des professionnels de santé, de sa communauté et de tous les professionnels ou bénévoles susceptibles de l'y aider.

⇒ **Renforcer les savoirs et compétences des décideurs en matière de PPS, de politique de santé publique, de priorisation des actions et des acteurs, et au regard des besoins avérés.**

### **2. METTRE EN PLACE À TOUS LES NIVEAUX UNE GOUVERNANCE INTERSECTORIELLE**

⇒ **Intégrer et traduire au sein de la gouvernance du système de santé, et à tous les niveaux décisionnels (national, régional, départemental, local), la prise en compte de la multiplicité des déterminants de la santé et la dimension intersectorielle des interventions en santé.**

Cette gouvernance intersectorielle est un gage d'efficacité et d'efficience en santé.

Elle s'est concrétisée, au niveau national, par la création du **Comité interministériel pour la santé (CIS)** [Décret n° 2014-629 du 18 juin 2014].

Elle est présente au niveau régional au travers des agences régionales de santé et de leur **commission de coordination des politiques publiques en matière de prévention (CCPPP)**.

**A ces deux niveaux, national et régional, une importance accrue doit être accordée à ces dispositifs. Un bilan d'activité du CIS et des CCPPP doit permettre d'identifier les freins à un bon fonctionnement et d'agir sur les leviers adaptés pour qu'ils jouent pleinement leurs rôles respectifs.**

La dimension intersectorielle de la gouvernance doit être interrogée au niveau départemental et territorial. La mise en place de la Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie marque une étape ; après évaluation, il faudra peut-être en envisager son élargissement. De même, au niveau local, un retour d'expérience sur la dimension intersectorielle des contrats locaux de santé (CLS) doit être réalisé.

⇒ **Identifier des outils et des indicateurs pertinents permettant la mesure, le suivi ou l'évaluation des interventions intersectorielles.**

Ces indicateurs doivent pouvoir être mobilisés dans chaque secteur concerné et ne pas varier d'un champ à l'autre (ex. : travail, éducation, ...).

⇒ **Mettre en avant, dans le cadre de la gouvernance intersectorielle, les enjeux sanitaires ou environnementaux au regard d'enjeux qui ne seraient qu'exclusivement économiques.**

Les enjeux économiques ne doivent pas supplanter les enjeux sanitaires ou environnementaux, comme cela est trop souvent constaté.

La place de la santé, du ministère en charge de la santé et de ses services déconcentrés doit être défendue et mise en avant. Le rôle de tutelle fonctionnelle en capacité d'impulser et de coordonner les actions nécessaires pour agir sur tous les déterminants de santé, qu'ils soient sanitaires ou environnementaux, doit leur être reconnu.

### **3. POUR TOUTE POLITIQUE DE PRÉVENTION ET DE PROMOTION DE LA SANTÉ, TANT AU NIVEAU NATIONAL QUE LOCAL, FAIRE AVEC LES POPULATIONS CONCERNÉES ET DANS LE RESPECT DES DROITS DES USAGERS.**

⇒ **Systematiser la participation des usagers, de la conception à l'évaluation des politiques de PPS.**

**La participation des usagers est un impératif pour la démocratie en santé et pour la réduction des inégalités de santé (rapport CNS 2012).**

La participation des usagers a constitué, dans le passé, un puissant moteur favorisant l'évolution de notre système de santé et des politiques de santé, tant au niveau national qu'au niveau local.

En améliorant la prise en compte des besoins de santé des populations et des individus, en permettant la compréhension et l'appropriation par les usagers des politiques, des organisations ou des problèmes de santé, en favorisant leur implication active et leur autonomie, la participation des usagers est un formidable levier pour lutter contre les inégalités de santé.

Le développement de l'éducation à la santé pour tous, dès le plus jeune âge, favorisera l'appropriation de la promotion de la santé, permettra de lutter contre les inégalités de santé et développera la littératie en santé.

⇒ **Permettre à chaque usager d'accéder à une information sur la santé (déterminants, maladies, système de santé) de qualité.**

**L'information est au cœur de la reconnaissance et de l'exercice des droits de l'utilisateur du système de santé (rapport CNS 2013).**

Il ne peut y avoir de développement de la prévention et de la promotion de la santé sans information de l'utilisateur sur la santé. Cette information doit pouvoir s'appuyer sur les données actualisées de la science. Pour ce faire, l'utilisateur doit pouvoir identifier les sources d'informations valides et fiables, y accéder et s'approprier les connaissances. Elle est une des conditions nécessaires de l'implication de l'utilisateur et du patient dans sa prise en charge et dans la construction de son parcours de santé.

Il ne peut y avoir d'accès à l'information de qualité pour tous, sans garantie d'un accompagnement des plus démunis ou isolés pour y accéder.

Il ne peut y avoir de démocratie en santé, de participation de l'utilisateur et de ses représentants aux organisations et aux politiques de santé, sans information sur l'offre de biens et services présente, sur son utilisation et ses résultats en termes de santé. L'observation partagée du système de santé est une nécessité.

⇒ **Renforcer le respect des droits des usagers.**

**Les droits des usagers du système de santé recouvrent la protection de la santé, l'équité dans la répartition et l'accessibilité universelle des biens et services de santé, la démocratie en santé et les relations, sur un plan individuel et collectif, entre l'utilisateur et le professionnel de santé (rapport CNS 2015).**

Tout au long du parcours de santé et du temps de la prise en charge, la relation entre l'utilisateur et le(s) professionnel(s) s'inscrit dans un cadre partenarial. L'utilisateur est toujours reconnu comme un sujet de droit ou un citoyen et ne doit jamais faire l'objet d'aucune discrimination. Il agit selon les mêmes principes à l'égard des professionnels. La Charte de la personne dans son parcours de santé personnalisé et des professionnels l'accompagnant, adoptée en assemblée plénière en juillet 2016 par la CNS, s'inscrit dans cette perspective.

#### **4. LE FINANCEMENT DOIT TRADUIRE L'ENGAGEMENT VERS LA PRIORITÉ DONNÉE À LA PPS**

La mise en œuvre de la priorité donnée à la PPS ne peut se faire sans la mobilisation et l'implication active des différents acteurs qui y sont d'ailleurs tout à fait disposés.

**La mise en œuvre de cette priorité donnée à la PPS ne peut toutefois se faire sans moyens, que ces moyens soient nouveaux ou qu'ils soient issus d'un redéploiement.**

La PPS a un coût au même titre que n'importe quelle politique publique et s'inscrit dans un temps long imposant, plus encore que d'autres projets, une durée suffisante du financement, prévue dès l'origine.

La CNS formule un ensemble de recommandations :

⇒ **Evaluer, au niveau national et au niveau régional, les besoins pour la mise en place de cette priorité.**

⇒ **Identifier, au niveau national et au niveau régional, toutes les ressources et tous les moyens qui seront nécessaires et mobilisés (qu'ils soient, ou non, déjà présents et engagés dans les différents organismes et institutions).**

Le ministère de la santé, coordinateur interministériel des programmes, des objectifs et des budgets en matière de PPS, en lien avec le Ministère du budget, doit définir un Objectif national des dépenses (à l'exemple d'un ONDAM) destiné spécifiquement à la PPS dont les circuits de financement seraient précisément créés et définis.

**Au niveau régional**, le mécanisme de fongibilité asymétrique appliqué au Fond d'intervention régional peut être un levier en ce sens mais sans doute insuffisant eu égard aux enjeux.

⇒ **Pérenniser le financement de la priorité accordée à la PPS grâce à des attributions financières sur une base pluriannuelle, privilégiant notamment le financement par contrat pluri annuel d'objectifs et de moyens (CPOM) aux financements par appel à projets.**

⇒ **Assurer une gouvernance permettant de mobiliser les moyens humains et financiers provenant d'organismes ou d'administrations différentes.**

Il s'agit d'atteindre les objectifs de la politique fixée en levant les freins liés à des modes de financements différents, des hiérarchies aux fonctionnements propres, empêchant les acteurs d'œuvrer en synergie et en cohérence.

⇒ **Inscrire les modalités de financement pérennes dans la loi ou dans le cadre réglementaire.**

La PPS, affaire de tous, notamment de tous les ministères signataires de la SNS, doit se traduire, à l'initiative de chaque ministère, par l'attribution d'un budget dédié à la mise en œuvre d'une politique de PPS. Ce budget doit être compris comme un investissement et permettre :

- d'engager des actions lisibles, durables s'inscrivant dans un programme en faveur d'actions contre les déterminants préjudiciables au bien-être et à la santé des usagers,
- de rémunérer des personnels spécifiquement formés pour coordonner et favoriser la mise en œuvre de cette politique ministérielle et interministérielle en faveur de la PPS.

Des indicateurs permettront de constater la diminution des dépenses de soins en retour, visant ainsi une maîtrise des dépenses en santé grâce au rééquilibrage de la balance des dépenses entre la PPS et le soin.



### III. RENFORCER LES ACTEURS DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION : formation, référentiels de compétences et de métiers

#### A. *Les professionnels de la PPS ne disposent pas de la visibilité nécessaire*

Les professionnels de la prévention et de la promotion de la santé ne disposent pas d'une reconnaissance et d'une place à la hauteur des enjeux régulièrement réaffirmés.

Même quand ils sont formés spécifiquement pour cela, leur rôle essentiel pour la promotion de la santé n'est ni reconnu ni soutenu par les politiques conduisant par exemple à la disparition des médecins du travail, médecins de PMI, médecins scolaires et la mise en difficulté des services correspondants. Ceci met en péril un accès effectif à la santé pour tous, et donc accroît les inégalités sociales de santé.

Il est donc nécessaire de mieux (re)connaître et définir les acteurs (approches individuelle et collective, médicalisée et non médicalisée, institutionnelle et associative), leurs expertises, leurs champs d'action et leurs modes de coopération.

Il sera important de choisir, en tenant compte des populations, des milieux de vies et des besoins en santé, les pilotes et coordinateurs de ce domaine d'intervention au regard de leurs expertises dans les champs sanitaire, médicosocial et social.

#### **Les compétences mises en jeu et les métiers exercés sont peu lisibles et les acteurs de plus en plus nombreux.**

Les métiers du champ de la PPS sont mal connus, disparates, aux contours mal définis, sans référentiels et, s'il y en a, ils n'intègrent pas toujours l'éducation pour la santé, particulièrement sur des champs et auprès de publics spécifiques. Si la « bonne volonté » est une motivation à l'origine d'engagements dans le champ de la PPS, pour autant les compétences ne sont pas toujours celles attendues au regard des enjeux, ou si elles sont acquises, elles ne sont ni formalisées, ni reconnues. Les acteurs de la PPS travaillent souvent indépendamment les uns des autres.

Actuellement, le champ de la PPS est marqué par une multitude d'intitulés, des formations très disparates, des qualifications variables qui sont liées aux types de formations initiales des acteurs, aux emplois proposés et aux secteurs employeurs (public, privé, associatif). Il s'ensuit que les compétences sont mal définies en regard du champ de la prévention /promotion de la santé qui n'est souvent pas intégré ; celles des bénévoles ne sont pas reconnues comme des compétences professionnelles.

Cette méconnaissance et cette confusion s'étendent en conséquence sur les rôles des métiers spécifiques, et le rôle propre de chaque acteur.

#### **Il est possible d'identifier une typologie d'acteurs :**

- Acteurs qualifiés avec diplôme (métiers identifiés et/ou obtention un diplôme universitaire),
- Acteurs formés par l'expérience sans formation diplômante,
- Bénévoles formés ou non (militant associatif, aidant, famille, malade ...).

Au-delà de cette typologie « mélangeant » statut et type de formation, force est de constater que la reconnaissance de ces qualifications est variable tant sur le plan de la rémunération que du diplôme. Plus généralement, la connaissance des types d'emploi et de qualification est incomplète.

### **Les emplois et métiers sont diversifiés, multiples :**

Constat d'une méconnaissance entre acteurs, d'une superposition de type mille-feuille et d'une forme d'opacité vis-à-vis de ces différents types d'emploi.

La légitimité des acteurs auprès des usagers comme auprès des professionnels est aussi remise en question faute de la lisibilité de leur formation, de leur compétence et de leur expertise

#### Il convient également de distinguer les métiers :

- dont la préoccupation principale est orientée sur des activités de PPS (ex.: professionnels de la santé scolaire ou en santé au travail, éducateurs pour la santé, ...)
- présentant une activité « partielle » ou occasionnelle en PPS pouvant nécessiter des compétences spécifiques ou dont on pense qu'il serait nécessaire d'augmenter cette activité ;
- et les acteurs pouvant être relais d'une attention ou d'une préoccupation sur la PPS (sensibilisation et identification des besoins).

La volonté de réorientation du système de soins vers un système de « santé » (approche de la santé positive, de la prévention, approche globale de l'utilisateur ou patient) doit pouvoir se concrétiser en termes de référentiels métiers et d'organisation des établissements ou services de soins.

Par ailleurs, la notion de légitimité pour agir en PPS, peut être conférée par l'entrée dans un référentiel métier reconnu.

### **Référentiels métiers et formation des professionnels**

Concernant les référentiels métiers, certains sont déjà reconnus (par des textes réglementaires). A titre illustratif : professionnels santé de l'Education Nationale ou de la protection maternelle et infantile (PMI). Certains référentiels sont auto-construits. A titre d'exemple, celui développé par la Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé (FNES). Certains référentiels sont partiels et peuvent parfois concerner une dimension spécifique par exemple, celui de la démarche communautaire.

Enfin, certains emplois n'ont pas de référentiel métier. Nombre d'organisations ne fonctionnent pas avec des métiers normés. Certaines compétences ou expertises sont peu ou mal reconnues (ex. : expertise communautaire).

La question de la formation des professionnels des acteurs PPS porte à la fois sur la formation initiale, sur la formation continue (ou complémentaire) et sur la formation expérientielle avec les questions de la VAE et de l'expertise (patient et professionnel : profane et scientifique).

Il convient de rester « réaliste » dans le cadre des parcours de formation avec la prise en compte des qualifications des personnes à former. Ainsi, peut-on exiger d'un usager ou patient, ressource ou expert, un diplôme de type master ? En effet, s'il est nécessaire d'avoir un prérequis minimum pour intervenir en PPS auprès d'un public, il apparaît que l'accessibilité à ces savoirs peut être difficile pour certains et que le niveau exigé doit rester adapté. A titre de comparaison, dans le soin, les

acteurs doivent disposer d'un diplôme (et/ou titre) pour exercer. Il est néanmoins indispensable de garder le niveau d'exigence. L'exercice de la PPS requiert des compétences et peut avoir un impact négatif sur les populations quand les messages et techniques sont inadaptés.

L'importance de la professionnalisation (et donc de la formation) des intervenants déjà acteurs en PPS est reconnue. Mais elle ne résume pas tous les besoins de formation (et elle se heurte à la précarisation des postes et financements).

De cette multiplicité et diversité, naissent une illisibilité des acteurs de la prévention et une incertitude sur les référentiels de compétences mises en jeu, constat peu favorable au développement de la PPS.

Il convient également de s'interroger sur la création de nouveaux métiers en PPS et aux besoins dans ce domaine.

## **B. *Recommandations***

### **1. REALISER UNE MISSION D'OBSERVATION DES MÉTIERS ET COMPÉTENCES EN PPS**

Cette mission pourrait être confiée à l'IGAS ou à la SFSP ou à un autre organisme à définir, avec pour objectifs :

- Rassembler les référentiels métiers existants,
- Identifier le besoin éventuel d'un observatoire des métiers et compétences en PPS (en intégrant les points de vue des institutions de formation et des organismes recruteurs).

### **2. DÉFINIR UN RÉFÉRENTIEL DE COMPÉTENCES PARTAGÉ**

Ces compétences peuvent être mises en œuvre dans le cadre d'activités professionnelles qui ne sont pas nécessairement centrées sur la santé (enseignants, métiers de l'environnement, travailleurs sociaux, ...).

Ces compétences peuvent relever de capacités socles (communes à tous ou à une large part des professionnels de la PPS) ou de capacités spécifiques.

Le manuel CompHP des références professionnelles pour la promotion de la santé définit 9 champs ou domaines de savoirs, chacun décliné en compétences :

- Favoriser le changement,
- Plaider pour la santé,
- Travailler en partenariat,
- Communiquer,
- Le leadership,
- L'évaluation des besoins et des atouts,
- La planification,
- La mise en œuvre,
- L'évaluation et la recherche.

**Le référentiel CompHP pourrait être celui retenu comme « référence ».**

Les membres du groupe de travail ont souligné également certains domaines de compétences et en particulier :

- Ethique : enjeux éthiques dans le champ de la PPS (autonomie, libre décision, coercition, légitimité à changer le comportement, démarche communautaire et/ou participative, capacité à se décentrer par rapport à ses propres convictions, absence de jugement) ;
- Ecoute centrée sur la personne et sur les patients (important par exemple pour favoriser l'autonomie de l'utilisateur ou encore dans la prévention des événements indésirables) ;
- Approche de populations présentant des vulnérabilités, des spécificités situationnelles (personnes en situation handicap, gens du voyage, détenus ...) ou culturelles (populations notamment dans les territoires d'outre-mer) ;
- Identification, analyse, des besoins de santé en population générale ou spécifique (ex. : santé sexuelle, dépistage chez les personnes en situation de handicap) ;
- Santé environnementale ;
- Education thérapeutique et patient ressource/expert.

### **3. IDENTIFIER LES MÉTIERS À FORT ENJEU**

L'identification de ces métiers à fort potentiel de développement ou correspondant à des besoins importants non couverts (pilotage, coordination, évaluation ...) est nécessaire. Ils constituent parfois des « goulots d'étranglement » dans la mise en place d'une politique priorisant la PPS. Cette identification nécessite un diagnostic précis.

Pour autant certains métiers peuvent d'ores et déjà être identifiés. Les politiques de formation et de valorisation des compétences doivent faire en sorte qu'il y ait sur chaque territoire des ressources au moins dans les métiers ci-après :

- Animateur territorial de la politique de PPS,
- Chef de projet en PPS,
- Médiateur en santé.

Cette liste ne prétend pas être exhaustive.

D'autres métiers ont été identifiés comme ayant un rôle clé dans le développement d'une politique de PPS auprès des populations ; il s'agit de : conseiller en environnement - ergothérapeute – ergonomes – intervenant à domicile – conseillère conjugale et familiale - psychomotriciens).

Il est important de définir l'expertise et les domaines de compétences de ces métiers afin de leur donner de la visibilité, et de permettre aux décideurs et financeurs de recourir aux bons acteurs en fonction des objectifs poursuivis.

### **4. DÉVELOPPER UNE POLITIQUE DE FORMATION EN CONSÉQUENCE**

Il convient donc de tenir compte des métiers existants, de la mobilisation pleine et entière de leur expertise ainsi que de l'émergence de nouveaux métiers.

#### **⇒ Nécessité d'une formation de niveau «Sensibilisation» : PPS, l'affaire de Tous**

L'objectif est d'attirer l'attention des très nombreux professionnels de santé (au sens large, sanitaire, médico-social et social) sur la PPS et de multiplier les opportunités de faire de la PPS soit

directement (si les professionnels disposent des compétences nécessaires) soit en ayant recours à des professionnels PPS formés.

Ce niveau de sensibilisation pourrait concerner des métiers bien au-delà du champ de la santé (ex. : bâtiment, génie civil, ...).

Cette formation de niveau sensibilisation vise à souligner que la PPS est l'affaire de Tous (usagers-citoyens, professions du soin, autres professionnels, élus, ...). Elle doit pouvoir être largement diffusée sur l'ensemble du territoire national et bénéficier des nouvelles technologies (formation à distance en particulier).

Les enseignants de l'Education nationale, mais également tous les adultes travaillant dans les milieux éducatifs prenant en charge des personnes mineures, devraient pouvoir être formés à ce même titre. Ils doivent pouvoir agir en co-éducateurs et en synergie avec les parents, pour aider les élèves-enfants, dès leur plus jeune âge, et tout le long de leur scolarité ou vie collective, à faire petit à petit des choix adaptés en faveur de leur santé et suivant leur milieu de vie dans le respect des familles. Il s'agit pour les adultes, sans être spécialistes de la prévention et promotion de la santé, d'être des guides ou des accompagnants, en capacité d'aider à construire progressivement les habilités psychosociales des enfants et des adolescents.

Il convient de mobiliser des enseignants-chercheurs, des formateurs et des professionnels compétents en prévention et promotion de la santé (implication des dispositifs régionaux de soutien aux politiques et aux interventions en prévention et promotion de la santé.

Une « formation type » pourrait être définie au niveau national et labellisée par un ou plusieurs organismes (structures académiques, sociétés savantes et/ou professionnelles, ...).

#### ⇒ **Prendre en compte la singularité des acteurs et des parcours professionnels, reconnaître les acquis de l'expérience**

L'offre de formation doit prendre en compte la singularité des acteurs dans le cadre d'une réflexion sur les parcours professionnels (à mettre en lien avec une réflexion sur les parcours de formation).

Il s'agit également de reconnaître des parcours spécifiques, comme celui d'usagers ou de bénévoles qui présentent parfois une très forte implication dans des démarches d'intérêt général ou des démarches collectives. Il convient de donner toute sa place à la validation d'acquis d'expériences.

#### ⇒ **Assurer une formation continue accessible à tous les acteurs de la PPS**

Il s'agit notamment d'assurer la mise à niveau des savoirs portant sur les techniques nouvelles et les avancées scientifiques.

Le développement de la prévention à partir des applications et des objets connectés en santé, les évolutions liées à la médecine 4P feront partie de cette formation continue qui devra intégrer une réflexion éthique.

Il s'agit également d'accroître la capacité des personnes formées à transmettre leurs savoirs et de garantir la possibilité pour les structures, telles que les dispositifs régionaux de soutien aux politiques et aux interventions en prévention et promotion de la santé, d'accompagner ces évolutions.

#### ⇒ Favoriser l'articulation entre promotion de la santé et développement durable

Promotion de la santé et développement durable sont issus historiquement de 2 mouvements et dynamiques distincts mais partagent de nombreux points communs (ex. : intersectorialité) et des principes éthiques convergents.

L'articulation, au sein des formations, de ces 2 concepts et des outils d'intervention correspondants, peut être gage d'efficacité et peut permettre d'associer des publics cibles (acteurs de la santé, acteurs de l'environnement, acteurs du monde du travail) complémentaires mais échangeant peu actuellement.

#### ⇒ Intégrer les données probantes en PPS au sein des formations

L'intervention en PPS doit reposer sur les connaissances scientifiques disponibles et sur les données probantes existantes, incluant l'expertise expérientielle. Elle doit pouvoir s'appuyer sur des outils de simulation, mais doit privilégier des situations d'intervention en condition réelle et notamment prendre en compte la dimension collective d'équipe pluri-professionnelle.

Le renforcement du projet Inspire ID apporterait une dynamique utile en ce sens. Cependant, il convient de garder l'équilibre entre savoir descendant (des données scientifiques vers les acteurs de terrain) et savoir ascendant (de l'expérience des acteurs de terrains vers les données probantes) et ne pas négliger les questions de contexte et de transférabilité.

#### ⇒ Soutenir la recherche en PPS

Des dynamiques de recherche en pédagogie de la formation (dispositif pédagogique, décloisonnement des filières) à la PPS doivent être encouragées.

La formation des professionnels de la PPS doit pouvoir s'appuyer sur la démarche recherche (principe de la formation PAR la recherche à distinguer de la formation A la recherche).

Le dialogue entre chercheurs, opérateurs, bénéficiaires, décideurs doit être facilité.

La formation à la recherche, observationnelle comme interventionnelle, en PPS doit également être encouragée.

## IV. OPTIMISER LA MOBILISATION DES ACTEURS DANS LA PPS : TERRITORIALISATION DES PROGRAMMES DE PPS ET RESPONSABILISATION POPULATIONNELLE DES ACTEURS

### A. *Une dynamique de mobilisation des acteurs de PPS est à développer*

Mobiliser à un niveau territorial est un sujet essentiel dans le cadre du Projet régional de santé où il n'est pas prévu explicitement de programme de territoire de santé.

Le rapport HCAAM<sup>3</sup> (23 février 2017) soulignait l'importance de cette territorialisation :

---

<sup>3</sup> Document accessible à l'adresse suivante : [http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/la\\_politique\\_de\\_prevention\\_note\\_hcaam\\_23\\_02\\_17.pdf](http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/la_politique_de_prevention_note_hcaam_23_02_17.pdf)

*« il faut s'appuyer sur les dispositifs existants au niveau local et affirmer le cadre d'intervention communautaire car c'est à ce niveau que peuvent se concrétiser les actions de promotion de la santé visant à réduire les inégalités sociales de santé ou à développer des programmes ciblés, axés sur les populations les plus vulnérables, notamment chez les enfants. »*

Au cours de ces dernières années, différents textes réglementaires ont tenté de structurer et organiser le système de santé à un niveau territorial. De multiples dispositifs ont été promus pour tenter de répondre aux évolutions des besoins de santé, aux inégalités de répartition de l'offre de santé, à l'organisation de la continuité de la prise en charge ou de l'accompagnement des parcours de santé des usagers du système de santé et à la rationalisation du système de santé.

Ainsi, sont apparus ou ont été renforcés des dispositifs très divers tant vis-à-vis des acteurs concernés, des objectifs ou missions poursuivis, des territoires mobilisés :

- les groupements hospitaliers de territoire (GHT) ;
- les maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) ;
- les communautés des professionnels du territoire de santé (CPTS) ;
- les plateformes ou dispositifs territoriaux d'appui (PTA) ;
- les contrats locaux de santé (CLS) ;
- les dispositifs régionaux de soutien aux politiques et aux interventions en prévention et en promotion de la santé ;
- ....

**L'absence de territoire commun de référence** pour ces dispositifs, le regroupement incomplet ou parcellaire des parties prenantes (établissements de santé privés pour les GHT, usagers et professionnels de la fonction publique - médecins de PMI et médecins de santé scolaire pour les CPTS, ...), l'introduction ou l'extension de missions de prévention dans un nombre croissant de structures ou d'organisations sans articulation ou cohérence avec les autres acteurs de la PPS, ne peuvent que mettre en difficulté les intervenants en PPS et limiter l'efficacité et l'efficience des politiques de PPS.

Les besoins en actions de prévention sont peu ou mal identifiés. Une méthodologie de l'identification des besoins des populations communes à tous les champs de la PPS est nécessaire.

La PPS doit être reconnue comme une priorité à tous les niveaux géographiques, par tous les acteurs et intervenants de la PPS pour définir à qui il appartient de faire quoi et à quel niveau du parcours de santé.

Alors que la PPS devrait correspondre à un ensemble d'actions cohérentes construites autour de problématiques identifiées grâce à des diagnostics de besoins, elle se réduit souvent à une compilation d'actions uniques liées à des obligations réglementaires ou non, à une succession d'interventions menées par des opérateurs sans lien entre eux et sans construction d'un programme établi dans une dynamique d'objectifs à atteindre à court, moyen et long termes pour un individu ou une même population.

Il convient de partir de la personne ou de la communauté pour mettre en place une action adaptée plutôt que d'offrir des biens et services de PPS en fonction de ce dont dispose un prestataire, en termes de ressources et compétences.

## **B. Recommandations**

La loi ne prévoit pas de programmes territoriaux de santé. Elle laisse aux acteurs le soin de mettre en œuvre les Schémas régionaux de santé au travers de leurs projets. Dans le contexte actuel dominé par le curatif, pour atteindre l'objectif fixé de réorienter notre système de santé vers la prévention, la CNS recommande une démarche structurée permettant aux acteurs de la PPS de se mobiliser autour de politiques territoriales de PPS clairement formulées.

La CNS s'inspire de la méthode d'élaboration du service territorial de santé, telle qu'elle a été exposée dans le rapport de Bernadette DEVICTOR (2014) à la ministre des affaires sociales et de la santé, Mme Marisol Touraine, intitulé : « Le service public territorial de santé (SPTS), le service public hospitalier (SPH) : Développer l'approche populationnelle et territoriale de l'offre en santé »<sup>4</sup> et inscrite dans la loi en ce qui concerne la psychiatrie et la santé mentale.

### **1. FAIRE ÉMERGER DES POLITIQUES TERRITORIALES DE PPS**

La définition claire et lisible d'objectifs de PPS issus d'un diagnostic territorial en cohérence avec les priorités nationales et le schéma régional de santé, doit permettre de mobiliser tous les acteurs quels que soient leur tutelle et leur statut, chacun dans son domaine d'expertise pour contribuer à atteindre ces objectifs.

#### **a) APPUYER LES PROGRAMMES ET POLITIQUES DE PPS SUR UN DIAGNOSTIC TERRITORIAL**

Ce diagnostic territorial doit intégrer la participation des populations, des usagers et comporter nécessairement une analyse des besoins et des moyens (notamment recensement des acteurs).

De nombreux diagnostics ont déjà été réalisés et peuvent être réutilisés dans cette perspective. Il faut souligner que l'analyse des parcours de PPS dans une dimension temporelle (tout au long de la vie) en intégrant la composante contextuelle de chaque milieu d'étude (milieu professionnel, école, milieu rural, urbain, rue, ...) est à privilégier.

Le diagnostic territorial sera réalisé à l'initiative des acteurs ou à celle de l'ARS mais dans ce cas avec la participation des acteurs et des usagers. Il sera soumis pour avis au conseil territorial de santé (CTS).

#### **b) IDENTIFIER LES NIVEAUX GEOGRAPHIQUES DE MOBILISATION DES ACTEURS AUTOUR D'UN PROJET DE PPS**

Le contrat local de santé (CLS) peut constituer un outil privilégié d'intervention (à défaut d'un autre découpage géographique plus adapté aux territoires concernés).

Si le territoire de CLS devenait le territoire de référence pour les interventions en PPS, il faudrait s'assurer de la couverture exhaustive de la région par des CLS et du fait que ceux-ci comportent systématiquement un volet PPS.

---

<sup>4</sup> Document accessible à l'adresse suivante : [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_Devictor\\_-\\_Service\\_public\\_territorial\\_de\\_sante2.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Devictor_-_Service_public_territorial_de_sante2.pdf)



### **c) IDENTIFIER UNE STRUCTURE DE COORDINATION DES ACTEURS PPS AU NIVEAU DES TERRITOIRES**

Une gouvernance opérationnelle, constituée par des acteurs au niveau du territoire considéré, assure la coordination de la mise en œuvre de ce programme (cela peut être le territoire du CLS ou autres territoires de référence). L'ensemble des acteurs et intervenants en PPS (professionnels de santé ou non) du territoire concerné seront invités à s'engager à inscrire leurs actions en cohérence avec le programme du territoire de PPS.

Le pilotage stratégique du programme de PPS au niveau départemental pourrait être réalisé par les CTS. Ces derniers devraient être fortement soutenus par les ARS pour jouer ce rôle. Il s'agira pour les CTS de réfléchir la mise en cohérence des différents programmes PPS au niveau infra-départemental, de s'assurer de leur cohérence avec le PRS et de suivre la mise en œuvre de ces programmes sur les différents territoires.

La coordination opérationnelle doit pouvoir s'appuyer sur un dispositif régional de soutien aux politiques et aux interventions en prévention promotion de la santé.

L'ARS est **appelée** à jouer un rôle important d'accompagnement à la chefferie de projet pour faire en sorte que des programmes territoriaux existent effectivement sur tous les territoires.

La CRSA s'assure de la pertinence des programmes territoriaux / départementaux de PPS avec les priorités de santé et le Projet régional de santé.

Au niveau régional, les CCPP ont un rôle majeur à jouer d'incitation des représentations des différents membres aux niveaux départemental et infra-départemental à jouer le rôle de la coordination.

La mise en œuvre d'une telle organisation appelle le renforcement du niveau de compétences et des moyens octroyés au niveau des ARS et des CRSA pour permettre l'exploitation et le traitement des informations issues des territoires, pour impulser les coordinations et pour définir les moyens nécessaires à la mise en œuvre des politiques.

### **d) TRAVAILLER LES LIENS ENTRE ACTEURS DE PPS, ET AVEC LES AUTRES ACTEURS DE SANTE, TOUT AU LONG DU PARCOURS DE SANTE ET DE VIE**

Chaque personne est mobile, vit dans des milieux différents, tout au long de sa vie et au cours d'une même journée. Le programme territorial de PPS aura pour objectif de prendre soin de la santé dans tous les milieux de vie en assurant une continuité pour agir en même temps sur tous les déterminants de santé.

Le programme territorial de PPS reposera sur les éléments suivants :

(a) *La promotion de la santé appelle à « décentrer » la santé de sa dimension sanitaire pour investir tous les milieux de vie et agir collectivement sur la santé communautaire afin d'assurer dans chaque milieu de vie des droits communs d'accessibilité aux ressources, aux savoirs, à la protection ;*

(b) *Une charte de fonctionnement associant tous les acteurs de PPS au service de la santé individuelle des usagers et de la santé communautaire, doit être construite et prendre le pas*

sur les lobbyings, les enjeux institutionnels ou mercantiles, qui poussent les acteurs à agir en dehors de tout programme cohérent et de façon isolée.

*(c) La convergence des dispositifs de coordination est à inscrire dans le programme : tous les acteurs sont appelés à travailler en collaboration avec les autres qu'ils soient individuels ou coordonnés au sein de diverses structures (MSP, CPTS, GHT, structure de coordination de la PPS, ,CLS, ....).*

## **2. DÉFINIR UN PANIER DE BIENS ET SERVICES EN PPS DE BASE, ACCESSIBLE À TOUS.**

La CNS s'est interrogée sur l'opportunité de définir un panier de biens et services en PPS qui devrait être accessible à chaque personne. Sa définition pourrait être pilotée par la CRSA et les CTS, dans la perspective d'associer ainsi l'ensemble des acteurs concernés y compris les usagers.

La mise en œuvre de ce panier de biens et services de base et accessible à tous devra tenir compte des spécificités (histoire, ressources disponibles ...) de chaque territoire.

## **3. RECENSER LES ACTEURS DE LA PRÉVENTION ET DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ AU NIVEAU DES TERRITOIRES.**

Ce recensement peut s'établir notamment à partir des circuits de financement. Il peut s'agir d'acteurs :

- Institutionnels,
- Associatifs,
- Libéraux,
- Centres de santé
- Indépendants et bénévoles (nécessité pour ceux-ci de se faire connaître).

Les territoires peuvent se situer à différents niveaux (communes, intercommunalités et métropoles, départements, régions).

Ce recensement devrait être réalisé par les structures de coordination locales ; les dispositifs régionaux de soutien aux politiques et aux interventions en prévention et promotion de la santé pourraient intervenir en soutien (ou en démarrage pour identifier de potentiels coordinateurs au niveau local).

L'absence de ressource disponible spécialisée ou non en matière de promotion de la santé ne peut plus être considérée comme une fatalité : elle fait le lit des inégalités territoriales de santé. L'ARS aura alors pour rôle de mobiliser des acteurs présents dans tous les territoires (comme l'Education nationale mais pas seulement) pour faire émerger une dynamique locale autour de la PPS. `

Il y aura peut-être à former des ressources nouvelles, localement si nécessaire, en lien avec les dispositifs de soutien.

## **4. DÉVELOPPER LA CULTURE DE L'EXPLOITATION DES RETOURS D'EXPÉRIENCE**

Le développement de la culture du retour d'expérience repose en premier lieu sur l'identification différenciée des personnes à qui s'adresse ce retour : faire un retour pour améliorer un processus existant est par nature différent du retour d'expérience demandé par un financeur ou une autorité.

Ces retours d'expérience sont indissociables d'une démarche d'amélioration continue de la qualité des actions. Ces retours d'expérience peuvent également apporter des connaissances utiles à l'élaboration de données probantes.

Le développement de la culture du retour d'expérience vise à développer une structuration de ces retours en se rapprochant des analyses de données probantes, de l'identification du niveau de preuve et des biais potentiels, tout en réfléchissant aux aspects de contexte, de conditions préalables à l'action et de transférabilité d'un contexte à l'autre.

## **5. DEFINIR DES MODALITÉS DE FINANCEMENT EN ACCORD AVEC LA PRIORITE DONNEE A LA PPS**

Les modalités d'organisation recommandées ci-dessus ont pour objectif de **faciliter le partenariat et la complémentarité des acteurs**. Les modalités de financement doivent s'inscrire dans la même perspective.

La diversité des tutelles et des modalités de financement est un frein à la mobilisation cohérente de tous les acteurs présents sur un territoire.

Les tutelles, quels que soient les ministères ou organismes de rattachement, doivent favoriser pleinement l'exercice de la PPS des professionnels dont c'est la mission première. Pour cela les budgets consacrés à ces exercices, pouvant être soumis à une très forte réduction et plaçant alors les professionnels dans l'incapacité de réaliser leurs missions, doivent être renforcés et considérés comme une réelle priorité, soutenus et garantis par le ministère de la santé.

**Il y a nécessité d'une mise en commun des moyens humains et financiers pour atteindre des objectifs partagés et connus de tous sur un territoire donné.**

Les incitations des tutelles en direction des opérateurs de PPS pour trouver des cofinancements de nature privée doivent interroger sur le développement de possibles liens d'intérêts.

Lorsqu'il s'applique à la PPS, le financement à l'acte pour les soignants libéraux n'apparaît pas, comme un gage d'efficacité ou d'efficience. Par ailleurs, dans le cadre du financement à l'acte, l'absence de nomenclature permettant la tarification de certains actes de prévention (diététicien, psychologue, temps passé par les intervenants à domicile pour mettre en place des comportements de prévention ...) doit être résolue par une inscription de ces actes à la nomenclature ou par des mécanismes de financement différents.

Le niveau de rémunération des professionnels de PPS doit être en cohérence avec, et à la « hauteur » de leurs formations ou diplômes.

Dans le cadre de la réalisation des programmes territoriaux de PPS, les financeurs devraient s'engager sur des financements pluri annuels (durée de réalisation des programmes). Les modalités de financements pérennes doivent être étudiées : fléchage, autre ....

Les acteurs seront financés sur la base d'un contrat, traduisant leur engagement à contribuer à la réalisation du programme, en lien avec les autres acteurs du territoire. Ce financement doit favoriser le travail en réseau, les échanges, les complémentarités en PPS et permettre l'inclusion de tous engagés dans la réussite du programme territorial de PPS.

Ce financement pluriannuel, élaboré sur la base de la complémentarité des apports des acteurs, devrait permettre de surmonter nombre des difficultés présentes.

Le défi de la coordination est donc à relever tant du côté des financeurs que des acteurs. Les CCPP ont un rôle majeur à jouer en ce sens.

# ANNEXES

## ANNEXE 1 : Membres du groupe de travail

- Izzi ADINO, chargé de prévention retraité à la Mutualité Française, membre de la CRSA Ile-de-France, membre titulaire de la CNS (collège 3)
- Christian ANDREO, Directeur général adjoint d'AIDES, membre titulaire de la CNS (collège 2)
- Nathalie BERANGER, médecin scolaire, membre de la CNS collège 6 (acteurs de la prévention) au titre de l'UCMSF
- Anne BOURDIN, chargée de mission à l'Association des paralysés de France (APF)
- Jean-Luc BRIERE, Vice-Président de l'UNIOPSS, membre titulaire de la CNS (collège 5)
- Dominique BURONFOSSE, gériatre, membre de la CRSA de Bretagne, membre de la commission permanente de la CNS (collège 3)
- Brigitte CHANE-HIME, membre de la CRSA de La Réunion, membre de la commission permanente de la CNS (collège 3),
- Roger CHARLIER, Président France Rein, membre suppléant de la CNS (collège 2),
- Eric CHENUT, Vice-président MGEN, membre de l'UNOCAM, membre permanent de la CNS (collège 5)
- Patrick COHEN, psychologue, Vice-président association Addictions Méditerranée, Président CSDU CRSA PACA, membre suppléant de la commission permanente de la CNS (collège 3)
- Patricia COLSON, médecin scolaire, membre de la CNS collège 6 (acteurs de la prévention) au titre de l'UCMSF ; membre de la commission permanente de la CNS
- Catherine CORBEAU, médecin de santé publique, responsable département santé d'ATD Quart-Monde
- Patrick DAIME, médecin, Secrétaire général de l'ANPAA, Président de l'Ireps Haute-Normandie, membre suppléant de la CNS (collège 6)
- Kareen DARNAUD, Vice-présidente de l'Association des paralysés de France (APF), membre titulaire de la CNS (collège 2)
- Jacques DESCHAMPS, Président du comité de Paris de la LNCC, prévention et politique de santé, membre titulaire de la CNS (collège 2)
- Lionel DENIAU, Président d'Honneur de l'association AIR troubles, membre du CNCPH, membre de la commission permanente de la CNS (collège 5)
- Bernadette DEVICTOR, Vice-présidente du CISS ARA, présidente de la CRSA ARA, Présidente de la CNS (collège 3)
- André DUCOURNAU, Directeur Général de l'Arseaa, membre de la CRSA Occitanie, membre de la CNS (collège 3)
- Laurent GERBAUD, Professeur des Universités - Praticien Hospitalier, chef du pôle « santé publique » et chef du service de Santé Publique du CHU de Clermont-Ferrand – EA 4681 Uda PEPRADE - périnatalité, enfance, pratiques, développement, environnement, Directeur du service de santé universitaire (SSU) de l'université de Clermont Auvergne, membre de la CSDU de la CNS (collège 6)
- Hélène GRANDJEAN, gynécologue-obstétricienne, directrice de recherche émérite à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), Présidente du conseil d'administration de l'ORS Midi-Pyrénées Présidente de la commission permanente de la CRSA Occitanie, membre titulaire de la CNS (collège 3)

- Pierre LAGIER, médecin réanimateur à la retraite, Président de l'UNAPEI, membre de la CSDU de la CNS (collège 7)
- Line LARTIGUE-DOUCOURE, Directrice santé-Action sociale de l'UNA (PA, PH, familles en difficulté), membre titulaire de la CNS (collège 7)
- Nathalie LATOUR, Directrice générale de la Fédération Addictions, membre titulaire de la CNS (collège 7),
- Martine LEROY, trésorière du Mouvement du Planning familial, Fédération régionale Pays de la Loire, membre de la commission permanente de la CNS (collège 2)
- Gérard LUCAS, médecin du travail honoraire, membre du bureau du Syndicat national des professionnels de la santé au travail (SNPST), membre titulaire de la CNS (collège 6)
- Madeleine MADORE, pharmacienne, représente Le Lien, membre titulaire de la CNS (collège 2)
- Jean-Pierre MAZEL, chef d'entreprise retraité, Président de la CARSAT Auvergne, Medef, CNAF, membre de la CRSA ARA, santé au travail sur la base d'expérimentation sur l'aide à domicile, membre suppléant de la CNS (collège 5)
- Jeanne MEYER, médecin, Présidente de l'Ireps Lorraine, membre de la FNES, membre de la CRSA Grand-Est,-titulaire de la CNS (collège 3)
- Stéphane MICHEL, Union nationale des syndicats des masseurs kinésithérapeutes libéraux (UNSMKL), membre de l'UNPS, membre titulaire de la CNS (collège 7)
- Laurent MILSTAYN, Président du Syndicat National Autonome des Orthoptistes, Trésorier général adjoint de l'UNPS, membre suppléant de la CNS (collège 7)
- Julien MOREAU, Directeur du Secteur Social et Médico-Social de la FEHAP, membre titulaire de la CNS (collège 7)
- Roselyne NICOLAS, Présidente France Acouphènes, membre CNPH
- Christian MÜLLER, psychiatre, Président de la conférence nationale des présidents CME/CHS, membre titulaire de la CNS (collège 7)
- Céline POULET, Déléguée nationale personnes en situation de handicap de La Croix-Rouge française, membre du CNCPPH, membre de la CSDU de la CNS (collège 5)
- Joëlle RASTAMI, membre de la CSA de Mayotte, membre suppléante de la CNS (collège 3)
- Emmanuel RUSCH, Professeur des Universités - Praticien Hospitalier, Responsable DIM GHT 37, Directeur équipe recherche Education Ethique Santé, Président Fédération régionale des acteurs en promotion de la santé, Président de la Société Française Santé Publique, Président de la CSDU de la CNS (collège 3)
- Corinne SCHAKOWSKI, Directrice de l'Association pour la prévention de la pollution atmosphérique (APPA), santé environnement, membre de la CRSA Hauts-de-France, membre titulaire de la CNS (collège 3)
- Isabelle THUAULT-VARNET, Déléguée régionale de l'Alliance Maladies Rares, membre de la CRSA Grand-Est, membre suppléante de la CNS (collège 3).

## ANNEXE 2 : Synthèse des questionnaires



### Groupe de travail CNS

« Renforcer et mobiliser les acteurs de prévention »

### Recueil de l'expertise des membres du groupe de travail

#### Synthèse des questionnaires

23 questionnaires reçus :

- Membres de la CNS : **20** :
  - o Collège 1 représentants des collectivités territoriales : **0**
  - o Collège 2 représentants des usagers du système de santé : **3**
  - o Collège 3 représentants des CRSA : **7**
  - o Collège 4 partenaires sociaux : **0**
  - o Collège 5 acteurs de la cohésion et de la protection sociale : **1**
  - o Collège 6 acteurs de la prévention : **4**
  - o Collège 7 offreurs des services de santé : **4**
  - o Collège 8 représentants des organismes de recherche, industries des produits de santé, personnalités qualifiées : **1**
- Retours ARS : **2**
- Retour conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH) : **1**

## Les métiers, qualifications, compétences

Les métiers du champ de la prévention/promotion de la santé sont mal connus, disparates, aux contours indéfinis, sans référentiels et, si il y en a, ils n'intègrent pas toujours l'EPS, particulièrement sur des champs et auprès de publics spécifiques. Si la « bonne volonté » est une motivation à l'origine d'engagements dans le champ de la prévention/promotion de la santé, pour autant les compétences ne sont pas toujours celles attendues au regard des enjeux, ou si elles sont acquises, elles ne sont ni formalisées, ni reconnues. Les acteurs de la PPS travaillent souvent indépendamment des autres.

Actuellement, le champ de la prévention/promotion de la santé est marqué par une multitude d'intitulés, des formations très disparates, des qualifications variables qui sont liées aux types de formations initiales des acteurs, aux emplois proposés et aux secteurs employeurs (*public, privé, associatif*). Il s'ensuit que les compétences sont mal définies en regard du champ de la prévention /promotion de la santé qui n'est souvent pas intégré ; celles des bénévoles ne sont pas reconnues comme des compétences professionnelles.

Cette méconnaissance et cette confusion s'étendent en conséquence sur les rôles des métiers spécifiques, et le rôle propre de chaque acteur.

Aujourd'hui ne sont repérés que les métiers qui s'inscrivent dans une structuration ou un cadre réglementaire qui organisent des formations, une identification des référentiels de compétences (ex : *Addiction – Santé au travail – CPEF/CEGiDD EICCF santé sexuelle - professionnels dédiés et formés (initiale et/ou continue)*) sur les techniques d'intervention, en matière de formalisation et d'évaluation de leurs actions (*pro issus de la santé publique, de la formation professionnelle, du travail social ou éducatif, chercheurs*)

Les qualifications et/ou compétences acquises ne permettent pas toujours d'identifier les savoir être indispensables (ex : compétences universitaires).

## Les Rémunérations

C'est un point névralgique qui demande de changer de paradigme : il faut maintenant parler promotion de la santé en intégrant le fait que cela coûte, car il s'agit du 1<sup>er</sup> acte d'un parcours de santé, et donc à valoriser en tant que tel, la PPS devant s'inscrire dans la durée.

La formation, les moyens techniques, les personnels en nombre suffisant pour permettre la qualité de la PPS demandent la professionnalisation des acteurs et la rémunération correspondante à des emplois reconnus par une qualification diplômante et des missions avec une grille rémunération pour tous ces acteurs.

Cette reconnaissance du champ de la prévention doit être pérennisée financièrement pour sortir de la précarisation dénoncée unanimement ; elle pourrait se formaliser dans des fléchages budgétaires alloués de façon obligatoire, de sortir du système d'appels à projet annuels favorisant les expérimentations sans évaluation ni suite (EN, ARS, MIG, T2A, CPOM, etc.). La porte d'entrée de la rémunération pose la question de la structuration/gouvernance (ex médecine du travail) du secteur



de la PPS : une des recommandations est de se pencher sur cette structuration à partir de l'existant (donc en en faisant un état des lieux exhaustif). Plusieurs propositions sont évoquées : organisme centralisateur/département gérant un budget unique, comité de professionnels pluridisciplinaire, structuration réglementée (CASPA par ex loi 2002). Cette structuration ayant pour but d'être légitime, de construire des programmes sur la base de besoins diagnostiqués au niveau des territoires et avec les intéressés, de garantir l'évaluation interne et externe, d'articuler l'ensemble des missions de PPS (RRS par exemple) comme un continuum et de mobiliser l'interaction des acteurs. En effet les interventions multi-partenariales et multidimensionnelles sont citées comme apportant des résultats probants. Cette stabilité permettrait de construire une vision pluriannuelle, de se projeter à moyen terme et d'envisager les perspectives de formation continue et les politiques de rémunération. Elle garantirait aussi une pérennité des structures d'appui aux politiques publiques.

### Parmi les problèmes identifiés à l'origine de cette situation

#### - un est culturel et porte sur la définition du champ de la PPS

Une vision médicalisée de la prévention et très prescrite est encore prégnante, d'où la minorisation de l'action d'équipes et de professionnel.les (pédagogiques par ex) qui devraient avoir un rôle majeur. La PPS n'est pas comprise comme une somme d'actions cohérentes construites autour de problématiques identifiées grâce à des diagnostics de besoins mais se réduit à une compilation d'actions uniques liées à des obligations réglementaires, à la visibilité de telle ou telle associations.

- avec une minorisation de la PPS effective : elle est traduite par l'absence de budget permettant la mise en œuvre d'une politique de prévention basée sur les données probantes et des programmes d'intervention de prévention évalués et validés. Ce manque de moyens invalide les leviers potentiels pour le pilotage opérationnel en grande carence sur les espaces de coordination et d'échanges entre acteurs de prévention d'un même territoire – les pôles régionaux – le travail de réseaux.

### Les formations

Elles sont hétérogènes avec des écarts entre différents niveaux, à commencer par celui entre les formations académiques et les formations professionnelles, sans que soient pour l'une comme pour l'autre, identifiée dans les contenus la part sur la prévention/promotion de la santé. Peu de clarté sur les agréments des organismes de formation ce qui construit une certaine « hiérarchie » des formations. D'où la nécessité d'élaboration de référentiels de formations, de formalisation des qualifications y compris pour les formations ciblées et spécifiques telles titrées de l'expérience, de la connaissance des publics cibles et du savoir-faire « acquis sur le terrain (développement de la VAE - coformation - éducation par les pairs ...).

Le champ de la PPS est large et concerne tous les publics de la naissance à la mort avec l'objectif de rendre les personnes autonomes, critiques sur le monde qui les entoure, dès le plus jeune âge, ce qui suppose un travail de formation des acteurs sur leurs représentations de « ce qui est bon la santé » en lien avec l'objectif de PPS sur la capacité d'agir de la personne concernée ; c'est une entreprise citoyenne.

Le besoin de formation initiale et continue est réitéré avec proposition d'identifier un socle de base PPS appuyant une reconnaissance et une légitimité des acteurs à agir et qui intègre : connaissance du rôle propre non médicalisé ou non formalisé dans processus de construction d'un corpus (concepts et intentions de la prévention - contextes d'intervention - publics - méthodologie d'élaboration, de mise en œuvre et d'évaluation de projet - connaissance et exploitation des données, immersion et analyse de pratiques ...).

Ce volet pourrait se déployer à court terme par un meilleur contrôle des intervenants, des plans de formations des personnels intégrant une approche pratique, le choix d'acteurs associatifs ou institutionnels proposant une démarche de co formation, la connaissance des besoins des populations cibles et leurs problématiques, des territoires et de la graduation des soins par territoire, des outils de la prévention y compris la e-santé, le repérage des données probantes.

### **Les besoins en actions de prévention**

Ils sont peu/pas identifiés, ou non formalisés. Question de méthode ?

En effet, il en ressort pour les acteurs la nécessité d'une méthodologie de l'identification des besoins des populations commune à tous les champs de la prévention/promotion de la santé. Pour autant des principes et référentiels sont réaffirmés (Charte d'Ottawa et suivants, référentiels méthodologiques destinés aux intervenants en prévention comme le référentiel d'autoévaluation à la démarche qualité diffusé par l'INPES devenu Santé Publique France).

Reconnaître la PPS comme une priorité nationale/régionale doit être partagée par tous les acteurs pour définir à qui il appartient de faire quoi et à quel niveau du parcours de santé. L'exemple donné en matière de prévention des incapacités irréversibles des personnes âgées resitue bien la nécessité d'approche globale et le continuum nécessaire en PPS. Intégrer la PPS comme levier dans le parcours de santé doit permettre ainsi de réduire les inégalités d'accès, les errances et ruptures de parcours.

Encore faut-il renverser la vapeur et savoir partir de la personne pour mettre en place une action adaptée plutôt que d'offrir ce dont dispose un prestataire.

La place des associations spécialisées est convoquée pour former les personnes relais ou accompagnantes (enseignants par exemple) aux méthodes d'animations, à la construction de projet dans une dynamique de promotion de la santé et les associer à des projets qui sortent de l'action ponctuelle plaquée, en substituant à la posture du « faire à la place » la posture du « faire avec »

Il est redit ici qu'un potentiel existe, avec des professionnel.les et acteurs qui ne sont pas reconnu.es : sont citées par ex dans l'EN l'infirmièr.e scolaire comme expert.e en matière de promotion et d'éducation à la santé dans chaque établissement, ou le médecin scolaire comme coordinateur des programmes de prévention d'un même bassin de vie.

### **Le pilotage**

Inexistants au niveau national, les pilotages apparaissent inégaux, incoordonnés, décisionnaires/dépendants (ARS, médecine du travail et patronat) et non inclusifs de tous les acteurs ; le résultat produit un paysage de millefeuille éclaté et parcellaire, avec un faible niveau de pilotage national.

Le construire et aurait pourtant des avantages :

- réduire le trop plein d'interventions dites de prévention, ponctuelles, plaquées sans diagnostics de besoins réalisés avec de grande liste à la Prévert d'injonctions de « lutte contre » au détriment d'accompagnement à « agir avec et pour » sans prises en compte des réalités ou difficultés locales ;
- de réguler les pressions d'associations intervenant avec pour unique expertise la bonne volonté d'un bénévole, d'un ancien malade, d'un parent ayant vécu le deuil, le handicap d'un enfant ?
- de s'attaquer aux inégalités engendrées : ex les villes sont privilégiées avec un foisonnement d'associations alors que les zones rurales ont peu/pas d'intervenants extérieurs ;
- de sortir du périmètre « Chacun s'abrite derrière son statut et ce qu'on lui a dit de/appris à faire ». Mais personne ne prend l'initiative de s'inscrire dans un parcours de santé global de la personne ;
- de renouer avec la systématisation du diagnostic des besoins en prévention en population : dans le cadre de dispositifs existants/territoires (contrats locaux de santé, ateliers santé ville) ou vis-à-vis de certaines populations (travailleurs) préalable aux projets de santé (maisons de santé centres de santé, des communautés professionnelles territoriales de santé, voire des projets médicaux des GHT, ou des projets territoriaux de santé mentale ;
- d'être vigilant aux outils mis en ligne, sans moyens logistiques, financiers, de formation des acteurs, ni diagnostics et ni évaluations systématiques qui ne peuvent se substituer au pilotage en PPS ;
- de renouer avec une vision locale où un pôle de compétences régional associe l'expertise de plusieurs associations et non un pilotage universitaire loin du terrain ;
- de le traduire en propositions d'avancées législatives et obligatoires ;
- de favoriser la coordination des politiques régionales en matière de prévention/ addictions complexe % compétences propres à chaque institution (ARS, MILDECA, collectivités territoriales, administrations décentralisées, Education Nationale, Justice, Culture...)
- de contribuer à enrichir les contenus de formation (initiale citoyenne, socles de base, spécifiques, etc.) ;
- de construire la complémentarité, la transversalité, avec les apports de la science et de la recherche.

### **L'évaluation des actions**

Elle se réduit souvent à des bilans d'action dans un cadre contraint lié aux rendus exigés par les financeurs. Là encore, la méthodologie ressort comme un axe majeur de réflexion à avoir. L'évaluation reste le parent pauvre des actions, (économie d'un véritable diagnostic partagé, objectifs d'action mal appréhendés dès le départ, cadre de résultat encore empreint de l'acquisition de connaissances, fragilité des financements) et les actions ne sont jamais évaluées car ce sont des événements ponctuels peu évaluables en termes d'impact. On évoque la nécessité d'un passage en mode projet pour poser la question de l'évaluation d'actions parfois pertinentes mais non connues du grand public surtout des publics les plus démunis.

L'évaluation est décrite comme une étape essentielle, contribuant au professionnalisme des actions et des acteurs, mettant à distance les impressions subjectives des uns et des autres, permettant de mesurer objectivement les résultats attendus. Elle se travaille tout au long du projet avec partenaires et personnes concernées : là est convoquée l'évaluation d'action dans le renforcement de la capacité d'agir des personnes. L'évaluation devrait être mise en lien avec la recherche pour créer des dimensions de coopérations entre acteurs, pour développer des recherches actions et des expérimentations croisées.

Les besoins énumérés pour pouvoir réaliser l'évaluation des actions :

- une meilleure communication,
- l'utilisation de l'outil numérique,
- éradiquer les freins liés au secret professionnel (ne faciliterait pas l'accès aux soins aux patients ou bénéficiaires),
- sortir de la seule pratique « bilan des actions » évaluations d'autant moins réalistes qu'elles s'appliquent à des projets réalisés une seule fois (lié au financement),
- impact des actions pas réellement évalué (questionnaires de satisfaction ou de compréhension,
- renforcer la recherche et la méthodologie de projet,
- respecter 1 méthodologie éprouvée et validée = analyse de la demande, diagnostic de terrain, préparer et réaliser l'action sur un Dx partagé (avec données probantes et programmes d'intervention validés et évalués).

La modestie est aussi convoquée pour réaliser des évaluations proportionnellement aux projets (coût humain) en en pesant l'intérêt. L'évaluation doit être intégrée dans les financements des projets par les pouvoirs publics (temps, coût pour les structures). Il serait utile d'avoir un référentiel commun national minimum, celui formalisé par Santé Publique France pouvant être une bonne base de départ.

<b>Les freins identifiés : ils confirment les propos précédents</b>
---

- Culture de la prévention :
  - Faible,
  - défense de son pré-carré, cloisonnement, externalisation d'actions onéreuses, marché qui n'a pas forcément intérêt à voir les établissements scolaires devenir trop compétents (ex : établissement et harcèlement),
  - vision « disciplinaire » comme les enseignements : les produits, les écrans, internet, le SIDA et pas,
  - chacun agit de son côté alors qu'en fait il s'agit à chaque fois de porte d'entrée différentes d'une même problématique = « apprendre à prendre soin de moi et de ceux qui m'entourent »,

- champ interdisciplinaire vaste.
- Acteurs et structures :
  - o manque de reconnaissance des acteurs (visibilité par référentiels, statuts, rémunérations) de valorisation des salariés de ce secteur,
  - o acteurs de prévention ne développent pas toujours des compétences de leur relais leur permettant d'agir eux-mêmes, de maîtriser mieux les projets et donc leurs commandes,
  - o méconnaissance des acteurs entre eux donc pas de confiance construite et pas de compréhension des rôles de chacun,
  - o offre pléthorique, pas toujours lisible,
  - o absence de recrutement : ex EN (ex médecins de l'éducation nationale, experts du service de promotion de la santé en faveur des élèves plus recrutés par l'EN),
  - o généralisation de zones de déserts médicaux en prévention (ex médecins redistribués sur d'autres missions jugées par l'administration plus urgentes),
  - o exercices dans des contextes différents (thématiques, budgets, implantation territoriale des associations).
- Financements :
  - sacrifice du champ d'exercice «prévention/promotion de la santé» au profit du soin (système d'appels à projets qui induit les éléments délétères et antinomiques à l'avancée de la prévention et de la promotion de la santé : division, précarisation, concurrence, isolement, renforcement des préjugés) ;
  - précaires : ne permettent pas d'inscrire les actions dans la durée ;
  - marché de la prévention avec mise en concurrence des associations et acteurs ;
  - aucun pilotage des acteurs à tous les échelons territoriaux ;
  - appels à projets à tous les niveaux avec gestion opportuniste ;
  - manque de moyens (humains et financiers) ;
  - juxtaposition de financeurs potentiels (assurance maladie, Collectivités territoriales, Mildeca, etc.) répondant à des instructions spécifiques, ne favorise pas la coordination des projets et l'action concertée sur des territoires et des populations ciblées.
- Pilotage :
  - coordination si les acteurs ne sont pas sur le même terrain ou le même territoire ;
  - sectorisation des secteurs ;

- - fondement de programmes d'actions sur des politiques et valeurs associatives = difficultés, voire oppositions, or collectivement, gain = travailler sur la base de données probantes ou prometteuses ;
- absence de priorités claires au niveau national et dans certains PRS ;
- absence d'une véritable coordination des politiques nationales et régionales en matière de prévention des addictions = trop santé, soit trop social, soit pas éducatif ;
- manque de structures rassemblant les acteurs ;
- pas de missions de pilotages et de coordinations en toute connaissance du milieu scolaire et extrascolaire, inexistantes, s'apparente souvent à une réunion d'acteurs extérieurs présents et disponibles, qui interviennent suivant des budgets disponibles, pour réaliser ce qui est attendu par les circulaires ;
- manque de temps pour le faire (lié au financement).

<p><b>Les leviers repérés : éléments pour recommandations</b></p>
---

- Acteurs et structures :

- Appui sur des dispositifs territoriaux (CLS par ex) favorisant la transversalité, la rencontre et la synergie des acteurs ;

- Promotion du partenariat et de la pluridisciplinarité (financements, analyses de pratiques, bilans sur actions suite à des Dx partagés ;
- Regrouper les structures qui ont parfois des missions proches (CLAT, CeGGID, Centre de vaccination, centre de planification) dont la multiplicité, la dispersion entraînent un défaut de visibilité et de lisibilité et une dispersion de moyens nuisant à l'efficacité ;
- EN : professionnels extérieurs experts en méthodologies pourraient mieux former les infirmières, les CPE, les directeurs d'écoles primaires, et les enseignants volontaires pour leur permettre d'être autonome et de renforcer leur propre expertise ;
- Travailler sur le renforcement de la formation à tous niveaux ;
- rôle du pôle de compétences en PPS.

- Financements :

- Renforcement de l'identification des réseaux et de leur promotion (information) ;
- Volonté réelle politique de pérenniser les moyens et donc les structures et donc les acteurs ;
- Financement de temps pour permettre aux professionnels de participer à des revues de dossiers, a posteriori, sur un territoire donné ;

- Budget pérennisé après chaque expérimentation réussie - optimiser les ressources des territoires (mutualisation des moyens, complémentarité, partenariat) ;
- Fléchage PPS sorti des appels à projets et sur triennales ou CPOM avec évaluation des résultats ;
- Comités pluridisciplinaires d'évaluation et d'attribution : cf. niveau département ville territoire ?

- Pilotage :

- Donner à la coordination/pilotage même importance qu'aux actions elles-mêmes : nécessité d'une vision globale ;
- réseaux de promotion de la santé avec coordinateurs rémunérés par les ARS pour fédérer les acteurs et accompagner les projets ;
- rôle d'appui de certaines structures (MDA et addictions) ou dispositifs (CLS) ;
- une volonté liée à une politique de promotion de la santé déclinée localement ;
- suivre l'évolution en cours dans le médico-social (coordination territoriale unique soin accompagnement médico-social intégrant la PPS) ;
- Définir un seul objectif qui amenait chaque acteur à se sentir utile et légitime sur cet objectif évaluable ;
- Identifier la prévention (pas juste médicale même si importante aussi) comme un axe prioritaire des prochains PRS ;
- Renforcer les différents espaces de concertation et de coordination des politiques régionales de santé en matière de prévention ;
- Inscrire la prévention dans la durée et la proximité territoriale - mettre la prévention à l'ordre du jour des différentes instances de coordination territoriales de santé (les CPTS notamment) ;
- Définir son rôle : favoriser la mise en œuvre d'un environnement favorable en impliquant les acteurs du territoire, les approches intersectorielles et transdisciplinaires, articuler les interventions des différents acteurs ;
- Nécessité d'échanger et de réfléchir sur le pouvoir d'agir des personnes.

- Culture de la prévention :

- Actions sur les déterminants fondamentaux de la santé, qui soient encouragées et accompagnées ;
- Décloisonnement des secteurs sanitaire, médico-social, ambulatoire ;
- Développer la culture du agir pour plutôt que lutter contre ;

- Développer les liens prévention dans le parcours de santé (qui est surtout un parcours de soin) ;
- Comprendre le parcours de santé comme intégrable proposer par « la porte d'entrée » la plus adaptée à chaque usager d'intégrer et à ses besoins, là où il en est dans son parcours de vie ;
- Favoriser la mise en œuvre d'un continuum de réponses graduée et articulée (prévention, intervention précoce, soins et réduction des risques).

## Recommandations

### **Engagement de l'Etat**

- réalisation d'un état des lieux exhaustif - évaluer tous ces dispositifs et mener une politique de prévention dans une logique de Soins dans un parcours global de la personne tout le long de sa vie
- mise en place d'un organisme responsable de toutes les dimensions de prévention/promotion de la santé
- reconnaître les nouveaux acteurs par la pérennisation des emplois ou par la professionnalisation.
- résoudre la contradiction entre une parole publique valorisant énormément la prévention et la promotion de la santé et un sous financement chronique, voire des réductions supplémentaires de moyens.
- acteurs de la Prévention dans tous les territoires France et DOM, à tous les âges pour chaque état de santé
- développer une réelle culture partagée de la prévention en interministériel pour mobiliser les différents leviers et acteurs concernés (sortir d'une logique uniquement curative pour tous les champs (pas uniquement le soin en tant que tel).

### **Rôle des ARS**

- Souhait d'une évolution de leur rôle (moins dans le « flicage »), travaillant davantage « sur le terrain », favorisant une construction commune avec les acteurs avec :
  - renforcement des différents espaces de concertation et de coordination des politiques régionales de santé en matière de prévention - mettre la prévention à l'ordre du jour des différentes instances de coordination territoriales de santé (les CPTS notamment) ;
  - la garantie d'un parcours de santé à chaque usager par « la porte d'entrée » la plus adaptée à ses besoins et là où il en est dans son parcours de vie ;
  - l'inscription de la prévention dans la durée et la proximité territoriale : identifier la prévention comme un axe prioritaire des prochains PRS ;



- la mise en œuvre d'un continuum de réponses graduée et articulée (prévention, intervention précoce, soins et réduction des risques) du diagnostic à la mobilisation de l'ensemble des dispositifs existant par territoire ;
- l'évaluer de tous ces dispositifs pour mener une politique de prévention dans le parcours global de la personne tout le long de sa vie » et raisonner le déploiement de la prévention selon une logique de missions de dispositifs publics autorisés mais aussi de contenus ;
- mise en place de structures transversales des coordinateurs.

### **Formation/culture**

- Travailler sur les représentations - ex : ne pas opposer «acteurs de prévention» et «acteurs de santé», ne pas confondre statut de bénévole (vs salarié) et formés (vs « bonne action ») ;
- Proposer un référentiel de formation unique (permettant des actions pour la personne sans parler de secteur d'intervention).

### **Incluant :**

- Formations continues croisées - entre élus, professionnels de santé et professionnels de prévention sur une même aire géographique - aux démarches de promotion de la santé, en termes de participation citoyenne, de coordination entre les différents champs concernés recouvrant l'ensemble des déterminants de la santé : modification des programmes dans les centres de formation qui sont concernées par ces nouveaux métiers ;
- Formation des coordinateurs missionnés au sein des structures ;
- Formation des personnels en matière d'éducation à la santé, la formation de coordinateurs experts en animation d'équipes afin d'aider à impulser et initier à l'intérieur des établissements des projets et à les enrichir avec discernements avec des partenaires extérieurs ;
- Formation commune acteurs de soins et de prévention (ex : DU santé solidarité précarité, cf. aussi proposition centrale d'ATD quart Monde : les coformations professionnels de santé (soins et prévention) et personnes en situation de précarité pour mieux se comprendre, s'entendre et que chacun puisse jouer tout son rôle dans la santé).

### **Intégrant**

- l'apprentissage du travail coopératif,
- la recherche interventionnelle en promotion de la santé et la capitalisation des actions de qualité (culture qualité intégrant la prévention),
- un volet EPS/PS dans les parcours de formation initiale des acteurs de santé.

### **Pilotage**

**Les capacités demandées :**

- faire du lien et de la continuité entre le milieu scolaire et le milieu de vie en dehors de l'école pour une vraie politique de promotion de la santé sur les bassins de vie,...
- proposer une politique de prévention prenant en compte des besoins diagnostiqués, avec axes définis,
- proposer les moyens les plus adaptés pour une mise en œuvre opérationnelle (recours associations, aidants, professionnels de santé),
- arbitrer des budgets durables à déployer selon les besoins alloués,
- redonner une place centrale au premier acteur de santé qui fait lien : la personne,
- avoir des données objectivées d'évaluation sur un mode recherche action (laboratoire de recherche, Santé Publique France, etc.),
- favoriser la consultation des acteurs de terrain, acteurs institutionnels, de la recherche, têtes de réseau pour contribuer à la formalisation/adaptation des programmes,
- favoriser un environnement favorable en impliquant les acteurs du territoire (éducation nationale, politique de la ville, de la jeunesse, collectivités locales, CJC, ARS, justice, parents, médecins ...).

**Les formes possibles évoquées :**

- une approche par pilotage transversal et travail de réseaux ;
- comité départemental (avec comités d'agglomération relais) de prévention et promotion de la santé (médecins, infirmiers scolaires, élu municipal en charge de la santé, représentant des médecins libéraux et hospitaliers, du travail, représentant du service social de la ville, représentant d'usagers élu, représentant élu du monde associatif sportif et du monde associatif de la prévention ;
- fédération des acteurs dans un pôle de compétences avec représentation dans les PRS ;
- rôle des ARS (voir plus haut).



## ANNEXE 3 : Lettre de saisine du directeur général de la santé



MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

*Le Directeur général de la santé*

Réf. : D-17-030824

Paris, le **15 JAN. 2018**

Madame la Présidente de la Conférence nationale de santé,

La Stratégie nationale de santé qui vient d'être publiée fait de la prévention un axe prioritaire.

Le Plan national de santé publique qui doit la décliner en actions est attendu pour le deuxième trimestre de 2018.

Dans ce contexte contraint, nous souhaitons saisir la Conférence nationale de santé pour que le travail en cours dans le cadre de l'auto saisine « Renforcer et mobiliser les acteurs de la prévention » s'articule avec la saisine du Haut conseil de la santé publique sur le rôle des offreurs de soins demandée conjointement par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et la Direction générale de la santé (DGS), dont vous trouverez ci-joint une copie.

Vous veillerez, en particulier, à identifier les leviers et les freins à la mobilisation des acteurs de la prévention qui ne sont pas des offreurs de soins. L'objet de vos travaux devra se centrer sur la prévention collective auprès des populations, en particulier dans une démarche de réduction des inégalités de santé. Vous ferez des propositions sur les axes prioritaires à promouvoir en la matière.

Vous pouvez également inclure dans le champ de vos travaux la médiation sanitaire et l'accompagnement par les patients-experts.

Nous souhaitons pouvoir bénéficier des résultats de vos travaux fin février 2018.

Je vous prie de bien vouloir agréer, Madame la Présidente, l'expression de ma considération distinguée.

Le Directeur Général de la Santé,

Professeur Jérôme SALOMON

Copie : Pr. Franck Chauvin,  
Président du Haut Conseil de la santé publique

Madame Bernadette Devictor  
Présidente de la Conférence nationale de santé

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ — 14, AVENUE DUQUESNE — 75350 PARIS 07 SP

## ANNEXE 4 : Glossaire

### Compétence

Il existe de nombreuses définitions de la notion de compétence. Selon le document intitulé « L'ingénierie de la formation professionnelle et technique », une compétence est « un regroupement ou un ensemble intégré de connaissances, d'habiletés et d'attitudes permettant de faire, avec succès, une action ou un ensemble d'actions telles qu'une tâche ou une activité de travail ».

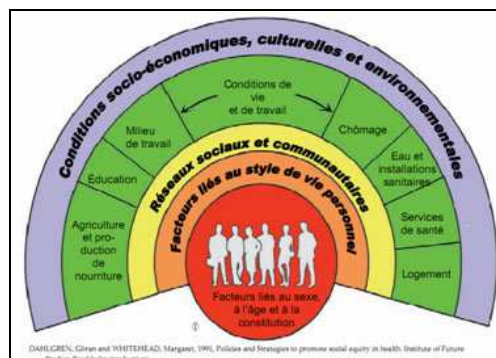
L'approche par compétence (APC) y est présentée comme une approche qui « consiste essentiellement à définir les compétences inhérentes à l'exercice d'un métier et à les formuler en objectifs dans le cadre d'un programme d'études ». Une définition plus récente laisse davantage place à la mobilisation des savoirs et à l'évolution de la compétence dans le temps. On parle alors d'un « pouvoir d'agir, de réussir et de progresser qui permet de réaliser adéquatement des tâches, des activités de vie professionnelle ou personnelle, et qui se fonde sur un ensemble organisé de savoirs: connaissances et habiletés de divers domaines, stratégies, perceptions, attitudes, etc. ».

### Déterminants de la santé (INPES, 2012)

À chaque étape de la vie, l'état de santé se caractérise par des interactions complexes entre plusieurs facteurs d'ordre socio-économique, en interdépendance avec l'environnement physique et le comportement individuel. Ces facteurs sont désignés comme les « **déterminants de la santé** ». Ils n'agissent pas isolément : c'est la combinaison de leurs effets qui influe sur l'état de santé.

À titre d'illustration, voici les douze déterminants retenus par les Canadiens :

1. le niveau de revenu et le statut social;
2. les réseaux de soutien social;
3. l'éducation et l'alphabétisme;
4. l'emploi et les conditions de travail;
5. les environnements sociaux;
6. les environnements physiques;
7. les habitudes de santé et la capacité d'adaptation personnelles;
8. le développement de la petite enfance;
9. le patrimoine biologique et génétique;
10. les services de santé;
11. le sexe;
12. la culture.



## **Intersectoriel**

Qui caractérise les relations entre des secteurs d'activité, entre des domaines de compétence.

## **Prévention primaire, secondaire, tertiaires (OMS, 1948)**

La prévention primaire correspond à l'ensemble des actes visant à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population et donc à réduire, autant que faire se peut, les risques d'apparition de nouveaux cas. Par conséquent, sont pris en compte à ce stade de la prévention les conduites individuelles à risque, comme les risques en terme environnementaux ou sociétaux :

- La prévention secondaire vise à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population. Ce stade recouvre les actes destinés à agir au tout début de l'apparition du trouble ou de la pathologie afin de s'opposer à son évolution ou encore pour faire disparaître les facteurs de risque ;
- La prévention tertiaire intervient à un stade où il importe de diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récurrences dans une population et de réduire les complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie.

## **Prévention universelle, Prévention sélective, Prévention ciblée**

RS. GORDON (1982) présente une classification de la prévention en trois parties dans une logique populationnelle :

- La prévention universelle est destinée à l'ensemble de la population, quel que soit son état de santé. Fais donc partie intégrante de cette acceptation de la prévention l'éducation pour la santé en milieu scolaire ;
- La prévention sélective s'exerce en direction de sous-groupes de population spécifique. C'est le cas par exemple du dépistage organisé du cancer du sein qui vise les femmes de 50 à 75 ans ou des actions destinées aux fumeurs ;
- La prévention ciblée est non seulement fonction de sous-groupes de la population mais aussi et surtout fonction de l'existence de facteurs de risque spécifiques dans cette partie bien identifiée de la population (glycosurie chez les femmes enceintes par exemple). Elle intègre l'éducation thérapeutique du patient.

## **Promotion de la santé**

Processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci (Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, OMS, Genève, 1986).

La promotion de la santé est une approche populationnelle qui cible les déterminants de la santé, distincte de la prévention qui cible des « facteurs de risques » auprès des « groupes à risque ».

Dans cette optique, la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS a développé et adopté un cadre conceptuel permettant de comprendre comment les conditions dans lesquelles les personnes naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent affectent la santé et le bien-être des

populations. Ce cadre offre également un fondement théorique à l'action sur les déterminants sociaux de la santé.

### Référentiel de métier-compétences

Le référentiel de compétences répertorie les compétences liées aux emplois. Il est nécessaire au pilotage des ressources humaines. Il permet d'associer l'étude des emplois et l'étude des ressources humaines de l'organisation.

On parle souvent de référentiel des métiers et des compétences. Il a pour but d'aider une organisation à gérer de manière efficace les compétences dont elle dispose et à les mettre en lien avec les métiers correspondant.

Il se peut se construire en deux étapes :

- la production de l'analyse de la situation de travail (AST) ;
- la détermination des compétences liées au métier.

L'analyse de la situation de travail, aussi appelée « analyse de métier ou de profession », a pour objet de recueillir de l'information sur le métier retenu lors de la planification sectorielle. Cette information est indispensable à la détermination des compétences et à l'élaboration du référentiel de formation. Elle sert à concrétiser et à assurer la pertinence d'un tel projet.

