

Séminaire du 12 décembre 2002 relatif au schéma régional d'éducation pour la santé (SREPS)

Le Schéma Régional d'Education pour la Santé de Midi-Pyrénées s'inscrit dans le Plan National d'Education pour la Santé, présenté en Conseil des Ministres en février 2001.

Ce plan s'articule autour de 3 axes majeurs :

- La mise en place d'un Service Public d'éducation pour la santé par l'élaboration de schémas régionaux
- Le développement de la formation et de la recherche en éducation pour la santé ;
- La valorisation de l'éducation thérapeutique.

Le document présentant les actes du séminaire s'intéresse au premier volet de ce plan.

SOMMAIRE

SEANCE PLENIERE

Ouverture

Paul Couronne

Journaliste, Animateur de la réunion 2

Introduction

Jean-Pierre RIGAUX

Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales de Midi-Pyrénées

Représentant le Préfet de Région 3

Les enjeux du Schéma Régional d'Education pour la Santé

Nassera MENOUE

Chef de projet, DRASS Midi-Pyrénées 5

Point national sur la mise en place des Schémas Régionaux d'Education pour la Santé

Véronique MALLET

Direction Générale de la Santé 7

Les valeurs, les acteurs et les missions

Docteur Omar BRIXI

Fédération des Mutuelles de France 10

Les résultats de l'enquête régionale sur les ressources existantes dans le champ de l'éducation pour la santé

Laurence BIRELICHIE – François ALIAS

Comité Régional d'Education pour la Santé 14

Débat avec la salle 19

RESTITUTION DES TRAVAUX EN ATELIERS..... 24

Atelier n° 1

« Sur quels principes forts les acteurs peuvent-ils s'accorder pour cerner le champ de l'éducation pour la santé ».....**25**

Atelier n° 2

« Sur quels principes forts les acteurs peuvent-ils s'accorder pour cerner le champ de l'éducation pour la santé ».....**27**

Atelier n° 3

« Quelle stratégie pour améliorer le service rendu en éducation pour la santé ? »**29**

Atelier n° 4

« Quelle stratégie pour améliorer le service rendu en éducation pour la santé ? »**30**

SYNTHESE ET CLOTURE DE LA JOURNEE.....32

Docteur Emmanuel FORICHON
Directeur adjoint, DRASS Midi-Pyrénées

SEANCE PLENIERE

L'éducation pour la santé : un enjeu de santé publique

Ouverture

Paul COURONNE

Rédacteur en chef « Action Agricole »

Mesdames et messieurs, je vous souhaite la bienvenue à ce séminaire consacré à l'élaboration du Schéma Régional d'Education pour la Santé. Cette journée se déroulera en trois temps :

- les interventions de spécialistes ;
- le travail en atelier ;
- la présentation du rapport des ateliers.

Le but de cette journée est de permettre de faire des propositions concrètes et consensuelles qui constitueront les orientations du futur Schéma Régional pour les cinq ans à venir. Dans les documents qui vous ont été remis figure la charte d'Ottawa, rédigée lors de la Conférence Internationale de la Santé de 1986, qui était parrainée par l'Association Canadienne de Santé Publique et de Bien-être Social et par l'OMS. Vous trouverez aussi dans vos documents : un extrait du glossaire élaboré par la région Basse-Normandie apportant quelques définitions relatives à l'éducation, la prévention et la promotion de la santé, les interventions des différents orateurs, la liste des participants aux ateliers et la fiche d'évaluation à restituer à la fin de la journée.

Je vous précise que les libellés des ateliers 2 et 3 ont été modifiés suite aux réunions préparatoires. La nouvelle version est la suivante : « Quelles stratégies pour améliorer le service rendu en éducation pour la santé ».

Je laisse à présent la parole à Monsieur Rigaux, Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales qui va détailler le programme de cette journée.

Introduction

Jean-Pierre RIGAUX

Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales

Je suis heureux de vous retrouver dans cette salle, mise à notre disposition par l'Assurance Maladie.

Le sujet de l'éducation pour la santé commence à faire l'objet d'une mobilisation importante, dans la mesure où l'éducation pour la santé est un véritable enjeu de santé publique. Tous les travaux de morbidité, tous les rapports du Haut Comité de Santé Publique et les nombreuses recommandations des conférences sur la santé confirment le rôle croissant devant être donné à la prévention et à l'éducation pour la santé notamment, qui est une condition de la réussite de la politique de santé. En effet, comment conduire une campagne efficace de dépistage sans, au préalable, une prise de conscience collective et individuelle de l'intérêt et des limites de l'action engagée ? Comment développer une stratégie protectrice de l'environnement si l'on ignore les raisons pour lesquelles la santé de l'homme est tributaire de ses conditions de vie ? Comment améliorer la qualité et l'accessibilité aux soins si aucune information n'est donnée sur l'organisation des soins, la sécurité sanitaire ou l'éducation thérapeutique ?

Un programme d'éducation pour la santé comporte des actions de nature différente mais articulées de façon cohérente et complémentaire. Il s'agit d'abord d'informer, de sensibiliser la population à la cause de la santé que l'on souhaite promouvoir, de mettre à disposition des informations scientifiquement validées et de promouvoir des actions éducatives de proximité. Il s'agit aussi de faire en sorte que chacun puisse s'approprier les informations données et acquérir les aptitudes nécessaires à leur mise en œuvre. Cette démarche, longue et rigoureuse, exige professionnalisme, expertise et évaluation.

Après de nombreuses années d'hésitation, il semblerait que les Pouvoirs Publics aient pris la mesure du travail à accomplir, une volonté forte s'affirmant chaque jour davantage. Le 28 février 2001, Bernard Kouchner lançait un plan national d'éducation pour la santé et sollicitait tous les acteurs locaux pour mettre en œuvre des Schémas Régionaux d'Education pour la Santé. La loi du 4 mars 2002 a porté création, sous la forme d'un Etablissement Public, de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) qui s'est substitué au Comité National d'Education pour la Santé et dont le rôle est de dynamiser et de coordonner les initiatives lancées dans ce domaine. Enfin, le projet de loi de programmation quinquennale en santé publique, annoncé par le Ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées devrait consacrer, dans un texte législatif, le rôle éminent de l'éducation pour la santé et mettre au cœur des préoccupations de santé publique les actions d'information et de prévention.

La mise en œuvre du Plan National d'Education pour la Santé prévoit l'élaboration dans chaque région d'un Schéma d'Education pour la Santé dont le contenu et le cadre méthodologique ont été précisés dans une circulaire du 22 octobre 2001. Ce texte vise à jeter les bases d'un véritable Service Public d'éducation pour la santé, au sein d'un territoire donné, et de faciliter l'organisation des acteurs chargés de le mettre en œuvre auprès de la population. Il nous est en fait demandé de prévoir l'accès à une éducation pour la santé pour chaque citoyen, quel que soit son statut social, professionnel ou son lieu d'habitation.

Le schéma qui sera arrêté devra s'articuler autour de quatre priorités :

- organiser la mise en place d'un pôle régional de compétences ;
- améliorer l'organisation et la coordination des services existants ;
- veiller à une répartition équitable des moyens dans la région ;
- prévoir les moyens politiques, institutionnels et financiers nécessaires au développement des actions pour la santé.

Le schéma régional doit servir d'aide méthodologique aux porteurs de projets et être l'outil permettant à chacun de s'inscrire pleinement dans les politiques régionales de santé telles qu'elles sont définies en Midi-Pyrénées par la Conférence Régionale de Santé. Ce travail doit aussi permettre une meilleure articulation entre les différents programmes régionaux de santé.

Un comité technique a été mis en place pour superviser la démarche et Nassera Menou, Cadre Infirmier de Santé Publique à la DRASS, a été désignée chef de projet. Je la remercie d'ailleurs pour sa profonde implication. Ce groupe a tout d'abord dressé un état des lieux des structures existantes. Les résultats de ce diagnostic vous seront présentés aujourd'hui et alimenteront les réflexions des ateliers. A l'issue de cette journée, il conviendra de construire une culture commune d'éducation pour la santé afin que nous puissions tous ensemble définir les orientations et les objectifs du futur schéma qui sera prochainement arrêté, suite à la concertation des différentes instances régionales compétentes.

Je remercie particulièrement le Docteur Omar Brixî et Véronique Mallet qui interviendront tous deux au cours de cette journée et qui nous apporteront sûrement des éclairages nouveaux. Merci aussi aux équipes de la DRASS et du CRES qui ont contribué à l'organisation de cette rencontre. Je souhaite que cette journée permette les échanges et que l'expression de tous contribue à alimenter les orientations du futur Schéma Régional d'Education pour la Santé de Midi-Pyrénées.

Les enjeux du Schéma Régional d'Education pour la Santé

Nassera MENOUE
Chef de projet - DRASS Midi-Pyrénées

Le Schéma Régional d'Education pour la Santé que nous devons mettre en œuvre s'inscrit dans le Plan National d'Education pour la Santé, présenté en Conseil des Ministres en février 2001. Ce plan s'articule autour de 3 axes majeurs :

- La mise en place d'un Service Public d'éducation pour la santé par l'élaboration de schémas régionaux ;
- Le développement de la formation et de la recherche en éducation pour la santé ;
- La valorisation de l'éducation thérapeutique.

Nous nous intéresserons aujourd'hui au premier volet de ce plan. Un Schéma Régional d'Education pour la Santé est un outil de planification qui repose sur le repérage des structures qui œuvrent dans le domaine de l'éducation pour la santé. Il s'agit de situer géographiquement ces structures, de qualifier leurs missions, leurs champs d'intervention et les actions menées. Il me paraît important à ce stade de clarifier la notion de schéma. Un schéma est un outil d'organisation des services à l'échelle d'un territoire. Il se distingue par conséquent d'un programme d'actions qui traditionnellement repose sur l'identification des besoins d'une population donnée.

L'objectif principal du schéma est d'améliorer le service rendu aux personnes en favorisant un accès plus équitable à une éducation pour la santé de qualité, et ce, pour chaque citoyen. Pour cela, le schéma doit proposer des pistes de réflexion sur la professionnalisation des acteurs, l'optimisation de la répartition des ressources et compétences existantes et l'accessibilité des services au public.

La mise en place d'un pôle régional de compétences est de nature à améliorer la qualité du service rendu aux acteurs. Si la structuration de ce pôle n'est pas encore définie, il pourrait être un lieu de concertation, d'échanges et de communication. Ce dispositif devra donner lieu à une évaluation.

Pour favoriser la mise en place d'un schéma d'une telle envergure, et donner sens et crédibilité aux orientations du futur schéma, nous devons mener collectivement une réflexion sur les moyens politiques, institutionnels et financiers nécessaires à mettre en œuvre.

Une mise en cohérence des objectifs, programmes et financements doit être recherchée de manière à éviter les juxtapositions et concurrences d'actions et de financements.

Enfin, le schéma a vocation à s'inscrire dans la durée et prévoir les objectifs de la région à cinq ans.

A ce stade, je souhaite apporter des précisions sur les différentes étapes qui nous ont mobilisés jusqu'à ce jour. Après une annonce officielle faite le 5 février 2002 lors de Conférence Régionale de Santé deux groupes de travail ont été constitués.

Un groupe projet, instance d'élaboration composé de personnels de la DRASS, du CRES et de l'URCAM , et un Comité Technique Régional de Pilotage élargi, dont la vocation est d'alimenter la réflexion, formuler des propositions et définir les futures orientations. Ces deux groupes ont été particulièrement actifs tout au long de cette année. Je profite de l'occasion qui m'est donnée pour les remercier de leur contribution efficace dans la préparation et l'animation de cette journée. La composition du comité technique de pilotage figure au dos du programme qui vous a été remis.

Par ailleurs, le CRES a été sollicité pour dresser un état des lieux régional de l'éducation pour la santé dans la région. Cette enquête a permis d'identifier un certain nombre de besoins et de propositions qui vous seront présentés au cours de cette journée.

Je vous remercie de votre attention.

Point national sur la mise en place des Schémas Régionaux d'Education pour la Santé

Véronique MALLET
Direction Générale de la Santé

La Direction à laquelle j'appartiens a été chargée, par la circulaire du 22 octobre 2001 relative aux SREPS, de suivre la mise en place des Schémas Régionaux d'Education pour la Santé. Nous avons organisé plusieurs réunions destinées à favoriser les échanges entre régions : méthodologie, difficultés rencontrées, points positifs, échanges de documentation, etc. Les régions ont ainsi pu se positionner les unes par rapport aux autres. La Direction Générale de la Santé intervient aussi sur les aspects de suivi et d'évaluation des SREPS.

Les objectifs des schémas régionaux d'éducation pour la santé.

« Il faut organiser au sein d'un territoire donné, avec et pour les populations, un service public d'éducation pour la santé. »

Cette définition mérite d'être explicitée. Les schémas régionaux doivent permettre de proposer un système d'organisation des services et des structures qui travaillent dans le champ de l'éducation pour la santé. Le schéma se distingue en cela d'un programme d'action, même si des actions devront être conduites pour atteindre les objectifs arrêtés. Toutefois, les actions ne porteront pas sur des thématiques, mais sur les moyens, les personnels et les structures... Le schéma devra donc rendre lisible et développer des relations structurées et donner lieu à un pilotage, un suivi et une évaluation. Il faudra aussi répartir les compétences entre les différents échelons (ville, département, région, etc.).

Il n'existe pas de définition établie du service public en éducation pour la santé. Nous devons, au travers de la rédaction de ces premiers schémas, rendre plus concrets et "palpables" les principes d'égalité, d'accessibilité, de pérennité et d'intérêt général.

L'éducation pour la santé doit être considérée comme un ensemble de démarches d'information et de communication, d'échanges et d'accompagnements.

Ces schémas visent à répondre aux constats formulés notamment dans le cadre des travaux préparatoires du schéma national des services collectifs sanitaires. A cette occasion, l'ensemble des régions a formulé des constats identiques en matière d'éducation pour la santé et de prévention. La difficulté de se mettre d'accord sur les définitions a notamment été soulignée, ainsi que l'émiettement des acteurs et des financeurs d'actions et l'insuffisance de méthodologie et d'évaluation.

Les différentes étapes

Au regard des étapes décrites dans la circulaire, je vais vous présenter l'état d'avancement de la démarche dans les différentes régions. Les régions les moins avancées ont simplement mis en place les instances de pilotage et défini la méthodologie sans être entrées encore dans la phase de diagnostic. Douze régions, dont Midi-Pyrénées, sont en train de réaliser l'état des lieux qualitatif et quantitatif et d'analyser les résultats. Ces douze régions devraient produire le schéma d'ici à la fin de l'année 2003. Cinq régions ont

terminé leur diagnostic et présenteront leurs schémas, dans les semaines qui viennent, au Comité Régional des Politiques de Santé qui devra les approuver.

Beaucoup de régions ont pris du retard dans leurs travaux sur le SREPS du fait de l'organisation des consultations régionales en fin d'année 2002.

S'agissant de l'état des lieux, les DRASS ont fait des choix différents. Certaines d'entre elles ont décidé de ré-interroger tous les programmes régionaux de santé menés depuis plusieurs années et d'identifier ainsi les structures et porteurs de projet. Le recensement a aussi été fait à partir de ce qui était financé par les URCAM. D'autres régions comme la région Midi-Pyrénées ont confié la phase de diagnostic et d'état des lieux, qualitative ou quantitative, à des prestataires extérieurs comme le CRES ou l'ORS.

La mise en place des Schémas Régionaux d'Education pour la Santé a donné lieu à une masse importante de travail, à l'organisation de nombreuses réunions, à la production de centaines de documents, à la tenue de nombreux ateliers ou entretiens. Nous veillons, à la DGS, à conserver la trace de tout cela, tout ce travail étant d'une grande richesse.

Au-delà du consensus régional, qui est difficile à obtenir, l'objectif de la journée est d'atteindre, au minimum, des points de convergence. La phase d'après séminaire sera aussi importante. A ce titre, tous les débats seront consignés.

Les difficultés

Les différentes régions engagées dans la démarche se heurtent à certaines questions qui portent notamment sur les moyens financiers qui seront mis à disposition pour le développement des schémas. Dans un premier temps, les moyens financiers ne semblent pas être les plus importants pour le succès de la démarche. Si des moyens sont nécessaires pour la formation, pour les pôles régionalisés de compétences par exemple, la question de la mutualisation et de l'organisation de la coopération reste prioritaire.

Les incertitudes relatives à la future organisation régionale et nationale de la santé constituent aussi une préoccupation majeure des régions. Il est néanmoins très important que les régions poursuivent les efforts engagés avec les SREPS : rendre plus lisible ce secteur d'activité est essentiel au regard des principales difficultés recensées, même si toutes les réponses institutionnelles ne sont pas encore données.

La distinction schéma/programme que nous avons déjà soulignée est aussi une source de questionnement au niveau des régions.

En ce qui concerne l'état des lieux sur le territoire, de nombreuses régions ont fait des cartes. Très vite, la question de l'exhaustivité de l'état des lieux s'est posée. Certaines régions ont alors abandonné l'idée de faire une cartographie des résultats alors que d'autres se sont engagées, à terme, à établir une carte présentant réellement le visage de l'éducation pour la santé au niveau régional. A partir du constat réalisé, il appartient au chef de projet de définir la répartition des rôles de chacun au sein du schéma.

L'une des difficultés majeures est de déterminer comment associer les usagers à la démarche. La région Ile-de-France a fait de cette question une priorité dans la construction de son schéma.

Les premiers schémas

Aujourd'hui, il semblerait que les régions conçoivent les schémas de plusieurs façons. La première conception est territoriale et organisationnelle. Cette conception est géographique et centrée sur la

répartition de l'offre de services. La deuxième conception, plus transversale, vise à définir des axes de progrès et tend à renforcer la professionnalisation des acteurs et la qualité des actions. Elle s'intéresse davantage à la façon dont les services mènent leurs actions quotidiennes. Certaines régions ont abordé la démarche en repartant des problèmes d'éducation pour la santé, des pathologies et des publics. Cette approche est plus risquée dans la mesure où elle s'apparente plus au programme qu'au schéma.

En 2003

Il me semble que nous devons progresser en 2003 sur certains sujets. Il convient notamment de progresser sur les sujets relatifs à l'offre de services (les doublons, la pénurie, la superposition, la complémentarité, le territoire, etc.). A partir de quand considérons-nous, par exemple, que trop ou pas assez d'intervenants sont susceptibles de mettre en place des actions d'éducation contre le tabagisme, etc ? L'existence des schémas permettra de réfléchir à ces aspects. Autres sujets à creuser : le service public en éducation pour la santé, les aspects liés à la formation des intervenants. Autre sujet encore : l'organisation des pôles régionaux de compétences. Que sont exactement ces pôles ? Quelles fonctions doivent-ils assumer ? Les réponses varieront en fonction des régions. Nous devons aussi voir comment rendre pérennes les expériences qui ont réussi à mettre en place une mutualisation des moyens et à déterminer par quels biais la mutualisation est possible (guichets uniques, etc.).

Le suivi régional et national de la mise en place des SREPS

Un document destiné au suivi, sur cinq ans, des schémas régionaux d'éducation pour la santé dans chaque région a été construit par les bureaux "santé des populations" et "évaluation" de la DGS avec la participation de plusieurs chefs de projet des SREPS (Aquitaine, Bourgogne, Bretagne, Nord Pas de Calais, Picardie).

Ce document, qui comprend sept fiches, est également destiné au suivi national. Les fiches intègrent l'ensemble de la démarche décrite dans la circulaire du 22 octobre 2001. Elles constituent un instrument de pilotage et de suivi qui, pour être un véritable outil de suivi, devra être rempli par chaque chef de projet du SREPS au fur et à mesure de la réalisation des différentes étapes d'élaboration, puis de mise en œuvre année après année.

Celui-ci est par ailleurs conçu pour permettre un pilotage national de l'ensemble des SREPS (production de bilans standardisés à intervalles réguliers, repérage des difficultés et des initiatives intéressantes...).

En conclusion, je pense que nous nous inscrivons dans une démarche jugée positive par les acteurs qui y sont engagés. Les différents acteurs ont apporté leurs savoir-faire et d'autres savoir-faire restent à développer. L'amélioration de la qualité des interventions est un enjeu très fort, au regard des enjeux de santé publique qui sont ceux de notre pays aujourd'hui. Nous ne devons pas non plus oublier que le schéma permettra de faire des choix positifs au niveau des régions (c'est-à-dire exprimer ce que l'on veut, ce que l'on cherche à faire). Cet aspect est particulièrement enthousiasmant.

Les valeurs, les acteurs et les missions

Docteur Omar BRIXI
Fédération des Mutuelles de France

Merci de m'accueillir et de me permettre de m'exprimer sur le sujet de l'éducation pour la santé. La seule légitimité que je revendique est que je suis un acteur parmi d'autres et qu'ayant appartenu à plusieurs réseaux, je bénéficie d'une expérience transversale. En outre, je tiens à rappeler le devoir de vigilance que nous devons partager sur ce sujet. Quoi qu'il en soit, mon point de vue n'est qu'un parmi d'autres.

Premièrement, j'estime que les pratiques sont nombreuses. Devons-nous par exemple prendre en compte les mesures d'éducation pour la santé mises en œuvre par les collectivités territoriales ? Devons-nous prendre en compte ce qui est entrepris au niveau des écoles, du mouvement mutualiste ou des réseaux associatifs ? Je pense personnellement que les pratiques sont de plus en plus foisonnantes. Depuis longtemps déjà, le milieu associatif s'intéresse à l'éducation pour la santé.

Deuxièmement, je trouve que les pratiques sont de plus en plus visibles et lisibles, notamment grâce aux efforts d'attention institutionnelle et de professionnalisation qui existent actuellement. En outre, je suis frappé que l'évolution des pratiques se focalise autour de l'évolution des comportements dits à risques, qui sont des comportements essentiellement individuels. Je tenais à souligner ce constat.

J'ai observé que les premières concentrations des pratiques d'éducation à la santé se trouvaient au niveau de l'école et qu'elles se sont progressivement déplacées au niveau de la cité, et peu au niveau du monde du travail. Dans l'état des lieux de la région Midi-Pyrénées, j'ai été heureux de constater qu'il y avait un peu plus de préoccupations sanitaires dans le secteur du travail.

Les caractéristiques de temps sont aussi importantes. En effet, il existe un souci d'inscrire les actions dans la durée, et notamment au niveau de l'Assurance Maladie où les interventions que j'appelais « Sauve qui peut » étaient relativement courtes. Aujourd'hui, la situation s'améliore.

En analysant les pratiques en matière d'éducation pour la santé et les publics visés, il apparaît que les publics semblent pour l'essentiel être des publics captifs (les adolescents, les enfants, les immigrés, les femmes, etc.). Nous constatons que les personnes qui ont le plus besoin de l'éducation pour la santé sont les plus assaillies mais les moins autonomes et que ceux qui en auraient le moins besoin sont les plus investis dans la démarche. Je me demande vraiment s'il existe une concentration sur les publics captifs et en quoi la démarche peut être qualifiée d'inégalitaire ou de discrimination positive ou négative. Peut-être devrions-nous laisser ces publics tranquilles et nous intéresser aux classes moyennes ?

Les acteurs régionaux sont plus nombreux que vous pouvez l'imaginer. Je défie un schéma régional de pouvoir faire le tour de tous les acteurs, sauf à vouloir en limiter l'identité. La professionnalisation des acteurs dits professionnels est évidente et magnifique. En lisant les données de la région Midi-Pyrénées, j'ai été frappé par le niveau de compétence, d'expérience et par le niveau de qualification, en termes de diplômes. Le nombre de diplômés et de personnels expérimentés qui s'investissent dans ce secteur est impressionnant ; nous devons nous en réjouir.

Nous observons, au cours de l'histoire, que l'éducation pour la santé a longtemps été le fait des acteurs naturels (les parents, la famille, le curé, le policier, etc.). A côté de ces acteurs naturels, le tissu associatif (bénévoles, militants, etc.) a joué un rôle important. En effet, la mutualité est baignée de différents discours, allant du paternalisme le plus archaïque à la générosité la mieux intentionnée. Le mouvement syndical et le mouvement ouvrier ont aussi beaucoup contribué à l'éducation sanitaire. Le mutualisme a commencé par la lutte contre l'alcoolisme. Au fur et à mesure, les professionnels ont rejoint le mouvement. Si cette évolution est naturelle, j'observe qu'il n'y a pas d'effet cumulatif, mais qu'il existe, au contraire, des risques de substitution. Le risque est que les professionnels se substituent aux bénévoles, aux militants et aux acteurs naturels, ce qui pourrait peut-être nuire au lien social. Il faut éviter que la professionnalisation, qui est une tendance lourde, ne balaie les autres intervenants. Je ne suis pas convaincu de la nécessité de «concentrer les pouvoirs ». Je pense au contraire que le mélange des intervenants ne peut être que bénéfique.

Concernant les enjeux, je pense que le schéma doit permettre de faire des choix. Personnellement, je distingue six axes de choix, même si ces six notions ne sont pas exhaustives. Je pense donc que les concepts et les compétences doivent se développer autour de six notions.

- **les représentations**

Cette notion est la plus compliquée mais la plus centrale. Nous ne pouvons pas faire l'impasse sur la représentation des gens et sur ce qui fait leur histoire. Jean-Pierre Deschamps disait à ce sujet que le vase de chacun n'était pas vide mais qu'il était plein, du meilleur comme du pire. Il convient donc de prendre en compte l'histoire personnelle de chacun, sa façon de concevoir, de raisonner et de reconstruire la vision des choses à la lumière des expériences multiples de la vie, qu'il s'agisse de la nourriture, de la mort, de la sexualité, de la dépendance, etc. Faire l'impasse de la question de la représentation revient au fond à «déshabiter » les gens. Le débat avec les soignants ne consiste pas à leur dire de faire de l'éducation pour la santé dans la mesure où ils sont l'éducation personnifiée. La question est de savoir si les soignants font de l'éducation avec leur propre représentation – celle de leur milieu, de leur lecture, de leur Faculté, etc. – ou en maîtrisant les représentations qu'ils véhiculent. Si j'ai une idée de la manière dont d'autres personnes que moi vivent, il est évident que la proposition que je leur ferai ne peut être que le fruit de ma propre expérience ou de ma propre vision. Je pense que l'élément capital et urgent est l'éducation des professionnels, qui doivent travailler sur leurs propres représentations.

- **les compétences**

Il est important de prendre en compte les aptitudes et les compétences de chacun. Ces compétences doivent être valorisées et un effort culturel important doit être fait pour comprendre l'angle d'approche et le jargon propre à chacun. Nous pouvons nous demander s'il existe en fait un ou plusieurs savoirs. Une des grandes questions débattues à l'ex-Conseil Scientifique du CFES était de déterminer le savoir référent en matière d'éducation pour la santé. A l'époque, la réponse était l'épidémiologie. A une autre période, ce sont les sciences sociales qui ont été désignées comme tel. La question est de savoir que faire des savoirs des gens, des savoirs profanes. J'ai la conviction, sur les questions touchant à la vie, à la mort, à la sexualité, à la nutrition, au désir, etc., que les savoirs des personnes sont incontournables. Par ailleurs, nous pouvons aussi partir du postulat de base que les gens sont des ignorants, qu'ils ont une propension naturelle à avoir certains comportements dommageables et qu'ils sont donc fautifs. Je me demande si nous ne devons pas nous orienter dans cet axe de réflexion afin de pouvoir extirper la dimension moraliste de l'affaire et de la laisser dans la sphère qui est la sienne.

Dans le fond, je ne vois pas pourquoi nous avons généré tant de culpabilisation et mis en place une stratégie de la peur, au nom de l'intérêt des gens. Enfin, le dernier aspect concerne les savoirs conjugués. Je me demande si l'éducation pour la santé est un enjeu de santé publique ou un enjeu de société. Je suis plus pour la deuxième solution. La question est de savoir si nous allons admettre que nos savoirs se conjuguent. En effet, le seul savoir scientifique est un savoir combiné. J'ai personnellement la chance de travailler dans un mouvement social composé à la fois de professionnels et de militants. Si les oppositions sont fréquentes, ce mélange des savoirs est un vivier formidable.

- **les comportements**

Cet aspect est très complexe. A lire et relire les sociologues et les biologistes, il est sûr que les théories comportementalistes ont au moins deux filiations : une filiation biologique (un stimulant et une réaction) et une filiation socio-psychologique. Cette deuxième approche nous a enrichis de deux concepts fondamentaux. En effet, le terme de conduite s'est substitué au terme de comportement, également applicable à l'animal. Geneviève Pechler propose de rétablir la conduite dans la mesure où il existe et un volant et un chauffard, qui n'a pas tous les pouvoirs mais qui n'est pas dénué de tous les pouvoirs non plus. Le sujet est aussi un élément important qui doit être réhabilité. Concernant les comportements, Philippe Lecorps dit que « l'homme est un sujet individuel, désirant et contradictoire, un sujet inséré dans une culture qui le modèle et le contraint et un sujet politique, collectivement responsable et à la fois dépossédé des choix de société ». Cette définition montre que pour travailler avec une espèce aussi compliquée que l'homme nous devons choisir les chemins les plus précautionneux.

- **le risque**

Je ne m'attarderai pas sur cette notion mais je me demande si le monde de l'Assurance n'est pas en train de nous convaincre que l'existence n'est que risque. La question est de savoir comment interpréter le risque et comment y faire face. Un risque est invisible et est plus probable que certain. Quoi qu'il en soit, le risque existe et nous ne devons pas le nier. Nous devons savoir quel aspect privilégier : l'obsession de l'apocalypse, le fantasme du risque zéro ou une gestion raisonnée de nature humaine et solidaire ? Si tous les risques ne sont pas subis, tous les risques ne sont pas pour autant choisis. Les personnes exposées à l'amiante ne l'ont en effet pas choisi.

- **la santé**

A son époque, la définition de la santé de l'OMS avait marqué une rupture et la promotion d'une culture de la globalité. Personnellement, je suis plus sensible aux définitions de compromis et notamment à celle du compromis fonctionnel, visant à être aussi bien que possible avec les autres et avec soi-même. Certaines personnes estropiées de toutes parts sont bien avec les autres et avec elles-mêmes. Devons-nous les considérer en bonne ou en mauvaise santé ? A ce sujet, je repense au slogan remarquable « mon corps n'est pas une bagnole ». Il est aussi important de ne pas oublier la notion de plaisir. Entre les effets secondaires d'une privation ou d'un interdit et la satisfaction d'un plaisir, je ne sais pas où se trouve le plus grand danger pour la santé.

Le temps passant, je vais accélérer la fin de ma présentation. Finalement, deux grands courants se distinguent : la modification des comportements, qui est l'obsession courante, et le développement des compétences. Sur le fond, devons-nous développer l'éducation pour la santé pour renforcer les normes ou pour valoriser et grandir les gens ? La finalité de la démarche est-elle que les gens se sentent bien dans leur peau ou qu'ils soient tous uniformisés ? Je ne sais pas.

Je terminerai ma présentation par l'approche globale. Vous connaissez les définitions pompeuses de la promotion de la santé qui s'axent autour de cinq composantes.

Si l'on relit tous les textes, il n'est dit, à aucun moment, que la promotion de la santé doit cumuler les cinq composantes. En effet, aucune des trois conférences qui ont succédé à celle d'Ottawa n'a soulevé cette problématique et ne s'est prononcée en faveur du cumul ou de la succession de ces cinq composantes. Sur le fond, que signifie l'approche globale ? Jacques Burry parlait de «promouvoir la compréhension du plus grand nombre possible des interactions entre les cinq composantes et d'en tenir compte dans l'action». Cette définition ne me satisfait pas. J'en suis donc arrivé à la conclusion suivante. Dans la posture dans laquelle je me trouve, je ne peux pas répondre aux cinq composantes, mais il est de mon devoir d'en tenir compte. Lorsque j'interviens sur les aptitudes personnelles, je ne peux donc pas les détacher de leur contexte, sauf à tomber dans la culpabilisation.

Enfin, je pense que chaque approche entraîne une démarche propre. Nous sommes ici face à une question de choix, de professionnalisation, de mobilisation, de concertation et d'association et d'implication des gens. La question est de savoir si les différentes approches sont identifiées. J'ai observé dans plusieurs régions qu'une des démarches les plus gratifiantes, pour les différents partenaires et acteurs, consiste à reconnaître les compétences des gens. Je pense que l'éducation pour la santé doit en fait être connectée avec l'environnement qui l'entoure et ne pas être détachée, par exemple, des enjeux de la loi du 4 mars...

Paul COURONNE

Merci pour cette intervention qui relève d'un véritable travail d'artiste et dont nous pouvons saluer la dimension philosophique. Les questions soulevées au cours de cette présentation permettront de nourrir les débats des ateliers. Enfin, rappelons-nous la parole de Molière qui disait préférer un vice facile à une vertu fatigante.

Les résultats de l'enquête régionale sur les ressources existantes dans le champ de l'éducation pour la santé

Laurence BIRELICHIE et François ALIAS
CRES Midi-Pyrénées

Laurence BIRELICHIE

Le CRES a été sollicité par la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales de la région Midi-Pyrénées afin de réaliser, sur le plan technique, la mise en œuvre et l'analyse de l'état des lieux qualitatif et quantitatif des ressources existantes dans le champ de l'éducation pour la santé, conformément aux termes de la circulaire du 22 octobre 2001 du Schéma Régional d'Education pour la Santé. Cet état des lieux a été réalisé grâce à la mise en œuvre, en coordination avec le comité de pilotage du schéma, d'une enquête par questionnaire auto-administré.

L'enquête avait pour but de favoriser l'identification des structures et des professionnels qui développent une activité en éducation pour la santé, de qualifier ces activités, en termes de nature, de cible et de champ territorial, de recueillir les propositions des acteurs de terrain pour le renforcement quantitatif et qualitatif de l'éducation pour la santé dans leur région mais aussi dans leurs départements et de contribuer au développement d'une dynamique de concertation sur le thème de l'éducation pour la santé. Il ne s'agissait donc nullement d'aboutir à une vision exhaustive de ce qui est développé dans le champ de l'éducation pour la santé. L'état des lieux a été, en Midi-Pyrénées, au moment d'envisager une planification des services, une façon d'entrer en contact avec les interlocuteurs du champ et de parvenir à une première approche des caractéristiques structurelles, des dispositifs fonctionnels et des tendances qui modèlent l'éducation pour la santé dans notre région.

Afin de poursuivre les objectifs définis, il a été procédé à une enquête par voie postale et par questionnaire auprès des structures susceptibles de mener des actions dans le champ de l'éducation pour la santé. Les destinataires des questionnaires ont été repérés notamment à partir des listes d'adresses fournies par les DDASS et par les structures et les institutions représentées au sein du comité technique régional du CRES. Ainsi, huit versions de questionnaire ont été conçues, dont les contenus étaient identiques, à l'exception de la carte de localisation des actions, adaptée à chaque département. Au total, 382 adresses ont été collectées et ont donné lieu à l'expédition d'autant de questionnaires. Les non-répondants ont été relancés par téléphone.

François Alias, sociologue et chargé d'étude au CRES Midi-Pyrénées, va maintenant vous présenter les résultats de cette enquête.

I. Les résultats techniques et les limites de l'enquête

François ALIAS

Les limites de l'enquête s'établissent non seulement en fonction de la qualité de la base d'enquête mais aussi en fonction du taux de réponse. Concernant la base d'enquête, nous pouvons regretter l'inégale implication des institutions sollicitées pour fournir des listes d'adresses et des références de structures. Certains départements auraient pu faire l'objet d'une distribution beaucoup plus large de questionnaires. Cette implication inégale des structures peut aussi entraîner des distorsions qualitatives au niveau des résultats.

Cerner le champ de l'éducation pour la santé au moyen d'une enquête auprès des acteurs du champ est une entreprise osée dans la mesure où aucune définition précise de l'éducation pour la santé ne pourrait permettre d'inclure ou d'exclure *a priori* des structures du champ. Afin de ne pas être inexact dans la description de l'activité régionale en éducation pour la santé, il aurait fallu solliciter l'ensemble des structures qui interviennent dans les secteurs éducatifs, culturels, sociaux, sanitaires, etc.

II. Le taux de réponse

Il apparaît que les taux départementaux compris entre 40 % et 67 % et le taux global (51 %) sont relativement satisfaisants pour ce type d'enquête. Ne disposant pas de base de référence, il est impossible de faire des redressements ou des pondérations. Il faudra systématiquement ne référer ces résultats qu'aux structures qui ont été interrogées et éviter toute extrapolation abusive.

III. Les structures concernées par l'éducation pour la santé

L'éducation pour la santé est très largement revendiquée par les structures répondantes. 84 % d'entre elles ont pu reconnaître une part de leur activité dans la définition proposée par la DGS et incluse dans le questionnaire. Cette définition prévoit notamment que «les structures peuvent s'investir au niveau de campagnes de communication d'intérêt général, mettre à disposition des informations scientifiquement validées sur la promotion de la santé, sur les moyens de prévention, sur les maladies et sur les services de santé ou développer des actions éducatives de proximité ».

Parmi les structures concernées, les associations ont une place considérable. Le poids relatif de l'Education Nationale est le reflet de l'option méthodologique choisie de s'adresser non pas au niveau de l'ensemble des établissements scolaires mais au niveau des échelons départementaux. Les établissements de santé sont aussi bien présents parmi les structures revendiquant une implication dans le champ d'éducation pour la santé.

IV. Les activités développées

89 % des structures réalisent des actions éducatives de proximité qui constituent l'essentiel de l'investissement des structures dans le champ de l'éducation pour la santé. Elles sont fréquemment confortées par la mise à disposition d'informations. Ces deux modalités sont réalisées par tous les types de structures, dans des proportions similaires. En revanche, les campagnes de communication semblent réservées aux structures institutionnelles ou susceptibles de disposer de moyens importants. Elles sont essentiellement mises en œuvre par les organismes de protection sociale.

27 % des structures n'assument qu'un des trois axes de travail. Il s'agit le plus souvent des actions de proximité. 36 % des structures répondantes développent deux axes de travail (action de proximité et mise à disposition d'informations). Enfin, 37 % des structures interviennent selon les trois modalités proposées.

V. L'éducation pour la santé dans l'activité des structures interrogées

L'éducation pour la santé est largement revendiquée comme relevant du domaine d'activité des structures répondantes, mais seulement 8 % d'entre elles (comités départementaux, associations) en font une activité exclusive.

La moitié des structures a une activité généraliste et donc une capacité à développer une approche globale de la santé. L'autre moitié a une activité centrée sur une problématique particulière. Les structures repérées sont surtout spécialisées dans le domaine des addictions (21 %), des risques professionnels (9 %), de l'éducation sexuelle et de l'éducation thérapeutique. Ce sont le plus souvent les comités départementaux d'éducation pour la santé, l'Education Nationale et les organismes de protection sociale qui développent une approche généraliste, les établissements de santé et les associations ayant plus souvent une approche spécialisée.

VI. Les domaines de formation des professionnels

Nous ne sommes pas certains que le nombre 618 corresponde à des professionnels distincts. En effet nous n'avons aucun moyen de repérer dans quelle proportion des professionnels qui ont contribué à une activité dans une structure ne sont pas également signalés dans d'autres structures répondantes.

Les professionnels de formation médicale ou paramédicale sont largement majoritaires parmi les personnes étant intervenues dans des actions d'éducation pour la santé en 2001. L'éducation pour la santé est de fait très largement investie par des intervenants formés à une approche biomédicale de la santé. Les professionnels formés aux sciences humaines constituent le troisième groupe le plus important. 4 % des intervenants revendiquent une formation spécialisée en éducation pour la santé.

Les intervenants repérés ont un niveau de formation très élevé. Près de la moitié d'entre eux a obtenu un diplôme au moins équivalent à Bac +5. Un peu plus de 6 % ont un niveau égal ou inférieur au baccalauréat.

46 % des intervenants disent avoir suivi une formation en éducation pour la santé au cours des trois dernières années, que cette formation soit universitaire (8 % des cas) ou non universitaire (38 %).

VII. Les statuts professionnels des intervenants

Deux tiers des contrats liant les intervenants aux structures sont des CDI. La précarité des situations professionnelles est plus souvent observable dans les collectivités territoriales et dans les associations.

VIII. Autres résultats

Il a été demandé aux structures si leurs intervenants souhaitaient approfondir leurs connaissances en éducation pour la santé. Sur ce point, tous les registres de réponses proposés par le questionnaire ont été investis par les répondants, le registre méthodologique l'ayant cependant été beaucoup plus que celui de

l'éthique. Si près d'un intervenant sur deux a suivi une formation en éducation pour la santé au cours des trois dernières années, le besoin d'approfondir les compétences et les connaissances demeure présent chez les intervenants.

Les structures ont aussi pu formuler des propositions sur la mise en place du Schéma Régional d'Education pour la Santé dans leurs départements et dans leur région. 49 % des structures ont répondu à cette invitation. Les structures souhaitent voir la coordination entre les intervenants (partenariat, mutualisation, réseau) renforcée, voir des actions menées auprès de publics particuliers (les jeunes, etc.) ou sur des thèmes particuliers, voir les concepts approfondis, voir les acteurs soutenus, en termes de méthodologie, de postes et de finances et voir les acteurs impliqués dans le cadre même de l'élaboration du schéma.

Les actions développées en 2001 ont été principalement orientées en direction des élèves, collégiens ou étudiants (29 % de l'ensemble des actions décrites) et centrées sur l'usage de psychotropes licites ou illicites (24 %). Les addictions apparaissent comme l'une des principales problématiques non prises en compte au niveau de la région, tout comme les questions relatives à l'hygiène (de vie et corporelle) et à la ruralité.

L'usage de psychotropes a inspiré 24 % des actions. La santé globale, la sexualité et la nutrition représentent ensemble un quart des interventions.

Cinq types de lieux ont accueilli près de 50 % des actions dont trois sont des lieux d'enseignement secondaire et regroupent 27 % des actions décrites. Le milieu professionnel regroupe quant à lui 14 % des actions, contre 13 % pour les collèges, 8 % pour les lieux d'insertion pour adultes et 7 % pour les lycées professionnels.

Au sein des actions décrites, trois types d'activités dominent largement les autres :

- l'animation d'actions d'éducation pour la santé (45 % des actions) ;
- la diffusion ou la production d'outils pédagogiques et de documentation (21 %) ;
- la formation initiale ou continue en éducation pour la santé (11 %).

Dans les « autres actions », nous pouvons trouver des accompagnements individuels, de l'accueil, de l'écoute et des démarches collectives (débat et conférences).

IX. La distribution géographique des activités

L'enquête fait apparaître une forte concentration des interventions dans les villes de plus de 10 000 habitants et une focalisation massive sur les principales villes de chaque département. La question de la ruralité apparaît parmi les trois problématiques non prises en compte.

X. Conclusion

Cet état des lieux n'a pas la prétention de renvoyer une vision exhaustive des actions menées en matière d'éducation pour la santé dans la région. Il n'en a pas eu non plus les moyens étant donné que le recrutement des structures associées n'a pas été aussi homogène que l'on aurait pu le souhaiter. Les résultats s'en trouvent donc limités en termes de précision et de représentativité.

L'état des lieux permet cependant d'identifier certains points forts et de repérer des besoins et des demandes qui pourraient être pris en compte dans le cadre de l'élaboration du Schéma Régional d'Education pour la Santé. L'éducation pour la santé étant revendiquée par 84 % des répondants, nous pouvons penser qu'elle imprègne déjà des secteurs d'activité larges et variés. Elle mobilise aussi des professionnels ayant des niveaux de formation très élevés. L'éducation pour la santé est donc pleine de potentiel et s'appuie sur la pluridisciplinarité. Une bonne moitié des professionnels bénéficie de statuts non précaires. L'éducation pour la santé peut donc se prévaloir d'une certaine stabilité.

Les demandes d'approfondissement conceptuel et méthodologique sont extrêmement fréquentes même si les intervenants sont très qualifiés et ont suivi des formations au cours des trois dernières années. Il y a là la reconnaissance de la spécificité de l'éducation pour la santé et des compétences qu'elle met en jeu. Enfin, les professionnels réclament davantage de coordination entre eux. A ce stade, il est permis de penser que l'éducation pour la santé n'a peut-être plus besoin que d'un schéma pour devenir un Service Public, le schéma organisant la continuité du Service, l'égalité des citoyens devant le Service et l'efficacité du Service.

Paul COURONNE

Merci. Nous terminerons cette matinée par un débat avec la salle et nous entamerons l'après-midi par les quatre ateliers. Les ateliers 1 et 2 visent à définir quels principes forts les acteurs peuvent déterminer pour cerner le champ de l'éducation pour la santé. Ils seront respectivement animés par Madame le Docteur Pascale Rodier et Monsieur Richard Payonne. Les ateliers 3 et 4 visent à déterminer quelles stratégies peuvent être mises en œuvre pour améliorer le service rendu en éducation pour la santé. Ils seront animés respectivement par Madame Laurence Birelichie et Monsieur le Docteur Frédéric Depiesse.

Débat avec la salle

De la salle

Madame Mallet, comment voyez-vous les relations entre les Schémas Régionaux d'Education pour la Santé et la future loi quinquennale en santé publique ?

Véronique MALLET

Il n'y a pas de positionnement *a priori*. En revanche, je souhaite que ce qui va ressortir des consultations régionales, des travaux du Comité National, qui réfléchit sur ce qui devrait faire partie des objectifs de santé des cinq prochaines années, et de la synthèse des travaux du Haut Comité de Santé Publique reflète la nécessité d'améliorer le secteur de la prévention et de l'éducation pour la santé. Je suis confiante dans le processus mis en place, qui va dans le sens d'une meilleure prise en compte des aspects préventifs. J'espère que certains des objectifs de la future loi concerneront le rééquilibrage entre les domaines santé/curatif et santé/préventif. Mais pour le moment, rien n'est encore vraiment certain.

Michelle DUVAL, Infirmière, conseillère technique, Académie de Toulouse

Je suis surprise par les résultats de l'enquête et notamment ceux qui concernent l'implication de l'Education Nationale en matière d'éducation pour la santé, estimée à 3,9 %. En effet, en additionnant l'ensemble des élèves ayant été sensibilisés à l'éducation pour la santé au niveau des collèges, des lycées, des lycées professionnels, et des écoles primaires et maternelles, nous arrivons à un total de 29 %. L'implication de l'Education Nationale est donc relativement importante par rapport à celle des intervenants et ne doit pas être analysée seulement à travers le chiffre de 3,9 %, mais de façon globale.

Quel public a été interrogé au niveau de l'Education Nationale ?

François ALIAS

Le comité de pilotage n'a pas choisi d'interroger, au niveau de la région, chaque intervenant potentiel relevant de l'Education Nationale mais d'interroger les échelons départementaux (Inspections d'Académie et Rectorat) afin d'obtenir une description des actions menées en 2001 dans les établissements scolaires. C'est pour cela que les acteurs relevant de l'Education Nationale sont sous-représentés, dans la mesure où ils sont représentés pour les échelons départementaux et l'échelon régional. A contrario, l'implication des associations apparaît plus importante dans la mesure où elles ont toutes fourni des réponses individuelles.

Docteur Félix Navarro, Rectorat de l'Académie de Toulouse

Le pourcentage s'applique aux structures répondantes, indépendamment de leur taille. Dans les structures répondantes, nous trouvons aussi bien des micro-associations, qui comptent pour un, que l'Education Nationale, qui compte aussi pour un au niveau du département, indépendamment du poids du public auquel elle s'adresse. C'est pour cela que l'implication de l'Education Nationale semble peu importante. Si nous étions descendu à un échelon inférieur, pour l'Education Nationale, les statistiques auraient montré un phénomène inverse et le poids de l'Education Nationale serait apparu largement prépondérant.

Rappelons que dans la région Midi-Pyrénées, un habitant sur quatre relève de l'Education Nationale, soit au titre d'usager, soit au titre de professionnel. Aucune association ne peut prétendre à la même représentativité.

Paul COURONNE

Docteur Brixi, avez-vous réfléchi à la façon d'intégrer dans une démarche rationaliste votre interrogation sur la prise en compte du savoir profane ?

Omar BRIXI

Cette question est compliquée. L'histoire de l'intervention des savoirs profanes existe depuis la nuit des temps. Lorsque le mouvement social s'exprime, cela relève du savoir profane. Il y a eu des tentatives de mise en place de réseaux d'échange. En outre, des écoles conceptuelles ont tenté de valoriser les savoirs profanes. Je ne peux être plus précis. Fondamentalement, il vaut mieux mettre en place une démarche d'éducation pour la santé reposant sur un compromis simple entre les professionnels et les personnes concernées par la démarche, qu'une action bien calibrée, scientifiquement valide, et qui se heurte à l'incompréhension des personnes visées.

Un nombre incalculable d'actions visant à lutter contre la promotion de l'alcool auprès des jeunes a été mis en place, mais sans véritable succès. Je pense que nous ne devons pas accuser les jeunes de tous les maux et notamment de trop consommer d'alcool. En effet, les jeunes qui se construisent ont besoin de se frotter aux risques, cette expérience étant structurante. Il est fondamental de réfléchir à une autre approche des risques et de mettre en place des actions apprenant aux jeunes à bien boire, à cultiver le rapport au goût et au plaisir et non à adopter des comportements d'autodestruction. La meilleure démarche éducative est donc peut-être d'établir des compromis avec les publics ciblés. Quoi qu'il en soit, cela est plus facile à dire qu'à faire.

Nassera MENOUE

Monsieur Brixi, vous avez travaillé un certain temps au CFES et mené des campagnes de communication d'intérêt général auprès du grand public. Que pensez-vous de l'impact de ce type de campagne, en termes d'amélioration des comportements ? Les résultats sont-ils satisfaisants, au regard du coût faramineux de ces campagnes ?

Omar BRIXI

Lorsque je travaillais au CFES, le Conseil Scientifique du CFES s'est beaucoup préoccupé de cette question. Je pense que l'éthique des professionnels est très forte et persiste. Selon moi, les grandes campagnes ont davantage contribué à l'évolution des normes qu'à produire des effets pouvant s'observer au niveau individuel. Après avoir recentré sa politique de communication, le CFES a poursuivi un nouvel objectif. Le but visé par les campagnes grand public est de contribuer à inscrire ces questions dans l'agenda social, à valoriser l'image des institutions qui les portent et à contribuer à faire bouger les représentations. L'exemple du tabagisme est flagrant. Quoi qu'il en soit, il est difficile de dire quelle est la part attribuable aux campagnes du CFES, le résultat étant global. Au niveau de l'alcool, la notion de consommation modérée a été un véritable succès, à tel point que les alcooliers l'ont reprise à leur compte.

De la salle

Les statistiques font apparaître un faible pourcentage de demandes des professionnels concernant l'éthique et la déontologie, qui sont pourtant des aspects très importants de notre profession. Avez-vous des explications sur ce point ?

François ALIAS

L'éthique et la déontologie faisaient partie des items proposés dans le questionnaire. Cependant, je pense que les professionnels ont plus été sensibles aux aspects liés à des réalisations concrètes. En outre, le fait que nous ayons beaucoup parlé d'éthique a peut-être produit un phénomène de saturation. Quoi qu'il en soit, le fait de travailler sur les concepts touche aussi à l'éthique.

Patrice RICHARD, Directeur de la DDASS du Lot

Lors des comités départementaux d'aide médicale urgente, les ambulanciers et les médecins nous reprochent de trop penser des systèmes applicables en milieu urbain et pas suffisamment en milieu rural. Si le schéma a vocation à gommer les inégalités et à favoriser l'équité dans l'accès à l'éducation pour la santé, nous devons voir comment toucher les personnes habitant dans les campagnes.

Par ailleurs, quel est le rôle attendu de la part des départements ? Le schéma régional doit-il être décliné et organisé au niveau départemental et quel pourrait être le rôle des DDASS ?

Véronique MALLET

Il est évident que les départements ont un rôle à jouer. Nous pouvons prendre l'exemple de la région Picardie où il est prévu que le pilotage et l'observation de la mise en place du schéma se fassent au niveau régional et que le niveau départemental soit le lieu du «faire» et de l'opérationnalité. Par ailleurs, les actions seront déclinées jusqu'au niveau le plus local : celui du quartier.

Nous devons peut-être aussi recenser les régions dans lesquelles se trouvent des départements très ruraux afin de les regrouper et de travailler sur la question de l'accessibilité. Je n'ai pas vraiment de réponse *a priori*. La question est actuellement posée et des axes de réflexion sont à définir.

Nassera MENOUE

Le schéma n'aura de sens que s'il se construit et s'élabore à partir des réflexions départementales. La réflexion engagée au niveau régional mérite donc d'être poursuivie dans les départements afin que les spécificités locales soient davantage prises en compte. En effet, l'ambition du schéma est de répondre avant tout à une demande de proximité. J'invite donc les départements intéressés à s'inscrire d'ores et déjà dans une réflexion sur ce thème. Je ne vois que des avantages à ce que la mobilisation soit la plus large possible.

De la salle

Je souhaiterais revenir sur les actions de prévention à mener auprès des jeunes. Au lieu de partir de nos représentations d'adultes qui sont bien souvent de simples projections, je pense que les intervenants devraient partir de la représentation que les jeunes ont de leur santé, qui est une représentation extrêmement positive. En effet, plus de 90 % des jeunes déclarent être en bonne santé et dans un parfait état de bien-être.

Docteur Béatrice CARON

L'état des lieux présenté ce matin est davantage axé sur les aspects quantitatifs (Qui fait quoi ? Où ?, etc.) que sur l'analyse des besoins en actions d'éducation pour la santé pour laquelle nous avons moins d'éléments. En outre, nous disposons de beaucoup d'éléments sur les demandes des professionnels. Sur le plan qualitatif, je me demande donc de quelle manière nous devons essayer de prendre en compte les besoins de la population et procéder à son interrogation ? Cet aspect a-t-il été inclus dans le questionnaire ? Il serait souhaitable que nous ayons des pistes de travail afin de pouvoir effectuer nos travaux cet après-midi, au sein des ateliers. Quelles sont les priorités vers lesquelles nous nous dirigeons ? Allons-nous continuer à travailler sur les thématiques actuelles ou allons-nous au contraire tenter d'avoir une approche plus transversale ?

François ALIAS

La mission du CRES, en ce qui concerne l'établissement de l'état des lieux, consistait à interroger les professionnels et non la population. Toutefois, la question peut être envisagée.

Véronique MALLET

Dans certaines régions, sur des sujets ponctuels comme la participation des usagers, la qualification des professionnels ou l'éthique, des professionnels de certains secteurs particuliers ont été conviés à participer à de mini-séminaires et ont été interrogés plus en détail sur ces quelques axes. En outre, certaines régions ont organisé des séminaires décentralisés et l'état des lieux a été confronté à l'expérience des gens, au plus près du terrain, et ce, afin de déterminer des axes de progrès et la façon d'aller plus loin. La réflexion peut aussi être confiée totalement à un prestataire extérieur.

Une intervenante

Dans le cadre de l'élaboration du Schéma Régional d'Education pour la Santé, la question des usagers doit se poser non seulement à travers les professionnels ou les institutions mais aussi à travers la place des usagers dans les actions, qu'il s'agisse des aspects techniques, méthodologiques, politiques et structurels. Il conviendra en effet de prendre en compte, avec le plus de souplesse possible, l'expression des besoins des usagers dans le cadre des politiques mises en œuvre.

Docteur DEPIESSE, Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse et des Sports

Je représente l'ancien Ministère de la Jeunesse et des Sports. Au niveau régional, en services déconcentrés, nous avons toujours des relations avec la jeunesse. Dans le cadre de la diffusion du questionnaire, je pense que nous avons oublié les bénévoles qui ont un rôle très important dans le domaine de l'éducation pour la santé. Certains d'entre eux agissent parfois même sans le savoir. Je pense notamment aux éducateurs qui agissent à tous les âges et à tous les niveaux, sans aucune discrimination. Il est donc très important de ne pas oublier ces bénévoles dans l'élaboration du schéma, afin de prendre en compte les besoins de coordination, de formation et de relation avec les professionnels de la santé.

RESTITUTION DES TRAVAUX EN ATELIERS

Rapport de l'atelier n°1

**Jeanne-Marie ESTHER
DRTE**

« Sur quels principes forts les acteurs peuvent-ils s'accorder pour cerner le champ de l'éducation pour la santé »

Nous nous sommes posé différentes questions dans le cadre de cet atelier consacré à déterminer sur quels principes forts les acteurs peuvent s'accorder pour cerner le champ de l'éducation pour la santé.

I. Que visent les différents acteurs ? Quelle est la finalité de l'éducation pour la santé et quels sont ses pré-requis et ses limites ?

Nous avons dégagé, sur ce point, plusieurs notions clés. Il faut d'abord que les différents acteurs de l'éducation pour la santé tentent de s'accorder sur des valeurs communes. Plusieurs objectifs sont poursuivis :

- rendre le destinataire de l'action partenaire et acteur de l'éducation pour la santé ;
- partir des savoirs des personnes et les amener à réfléchir sur ces savoirs pour évoluer dans leurs pratiques ;
- accompagner et guider.

Pour ce faire, certains pré-requis sont nécessaires pour les différents acteurs :

- se mettre en situation d'écoute de l'autre ;
- connaître l'environnement et les limites de ce qu'il est possible de faire ;
- connaître ses propres limites et les limites du groupe dans lequel l'acteur est intégré.

II. Quelle éthique de travail mettre en œuvre et quelles sont les valeurs portées par l'éducation pour la santé ?

Il nous est apparu très important de toujours se placer dans le respect de l'autre et dans le respect du groupe. Il faut aussi savoir créer les conditions du partage de la réflexion et des savoirs. Il convient de ne pas se placer dans la toute puissance de celui qui sait, ce qui revient à connaître nos propres limites et celles de l'environnement. Nous devons rester dans l'accompagnement, accepter qu'il existe des savoirs différents et accepter l'autre dans toute sa différence.

III. Quelle traduction des valeurs dans les pratiques ?

Plusieurs pistes ont été dégagées comme :

- la nécessité d'une cohérence de l'action par la mise en place de processus de coordination ;
- la nécessité de prendre en compte les notions de plaisir et de désir des populations avec lesquelles les acteurs sont amenés à travailler ;
- la mise en place de consensus d'intervention ;
- l'information de l'ensemble des partenaires, qui doivent être associés à la construction du projet ;
- le partage de la parole ;
- la possibilité de placer les gens dans une situation de choix ;
- la nécessité de travailler sur l'esprit critique et de déconstruire les modèles idéologiques ;
- la nécessité de construire des projets simples et réalisables.

Rapport de l'atelier n°2

Arlette GRAND-FILAIRE
CRES Midi-Pyrénées

« Sur quels principes forts les acteurs peuvent-ils s'accorder pour cerner le champ de l'éducation pour la santé »

Notre groupe a travaillé sur la même problématique que l'atelier n°1.

I. Les finalités de l'éducation pour la santé

Trois orientations différentes ont été retenues.

La première option consiste à favoriser l'adoption de comportements favorables à la santé et ce d'autant plus qu'un certain nombre de comportements individuels peuvent avoir des incidences sur le collectif. A cet égard, a été donné l'exemple de la conduite en état d'ébriété qui peut entraîner des accidents impliquant d'autres personnes.

La seconde option consiste à favoriser les choix par rapport à la santé. Nous sommes plus ici sur le registre des compétences.

La troisième option consiste à favoriser le développement des compétences dans le but d'entraîner des comportements favorables à la santé.

Si les membres de l'atelier n'étaient pas en total désaccord, aucun consensus n'a émergé des travaux de l'atelier.

II. Les limites de l'éducation pour la santé

- Il apparaît que l'éducation pour la santé ne peut pas toucher toutes les populations.
- Par ailleurs, elle ne peut pas régler tous les problèmes de santé, un certain nombre d'entre eux appellent d'autres mobilisations complémentaires et coordonnées, sur d'autres registres.

III. L'éthique de travail et les valeurs portées par l'éducation pour la santé

Plusieurs principes éthiques ont été dégagés :

- aborder la personne dans son ensemble (cf. la notion de « vase plein » abordée par M. Omar Brixii) et dans les interactions qu'elle entretient avec son environnement ;
- éviter la stigmatisation et l'imposition normative de prescriptions ;

- cerner les limites entre ce qui relève de la responsabilité individuelle et ce qui relève de la responsabilité collective. En effet, un certain nombre de problèmes échappent à la possibilité d'intervention de l'individu en tant que tel et renvoient à l'action de la collectivité.
- Privilégier une approche positive, plutôt que de se situer dans un cadre où on « lutte contre », il est préférable d'envisager ce qui pourrait améliorer la santé ;
- s'interroger sur la légitimité de son intervention au regard :
 - * d'une part de la demande, qui n'est pas toujours une demande d'intervention sur un thème précis mais qui peut être une demande d'échange avec des groupes de personnes
 - * et d'autre part, de la visée d'amélioration de la santé. A cet égard, il a été fait référence à la santé publique.

Enfin, ont été soulignées les valeurs de solidarité, de lutte contre les inégalités sociales, de santé et de justice sociale (« ne doit pas prévaloir la loi de la jungle » a-t-il été précisé).

IV. La traduction de ces valeurs dans les pratiques

Cette traduction doit passer par :

- l'interrogation du professionnel en ce qui concerne ses pratiques au regard des valeurs de l'EPS,
- la poursuite d'une politique de discrimination positive : à cet égard, un certain nombre de programmes s'intéressent aux populations les plus défavorisées. Cette logique qui fait référence à la solidarité, à la justice sociale et à la lutte contre les inégalités sociales de santé doit être poursuivie,
- le développement de l'écoute et la prise en compte des représentations de santé des personnes. A ce propos, il a été relevé que, selon les conceptions de l'EPS, le travail sur les représentations apparaît comme un moyen, si l'on vise le développement des compétences il relève plus d'une finalité en tant que telle,
- l'élaboration concertée de réponses entre les professionnels et la population face aux problèmes.

Enfin, l'atelier a proposé de poursuivre l'approfondissement, dans le cadre de la suite des travaux concernant le SREPS, de deux questions :

- celle concernant la clarification de la notion d'EPS et de sa place par rapport à la prévention,
- et celle concernant la mise au centre du dispositif des publics «non captifs » (populations rurales, personnes en difficulté socio-économique, etc...).

Rapport de l'atelier n°3

Myriam PUYO
Mutualité Hautes-Pyrénées

Quelle stratégie pour améliorer le service rendu en éducation pour la santé ?

Notre atelier a réfléchi aux stratégies à mettre en œuvre pour améliorer le service rendu dans le champ de l'éducation pour la santé. Nous avons fait le choix de ne pas synthétiser tous les exemples d'action proposés mais de déterminer ce vers quoi nous souhaitons aller, au regard des différents axes stratégiques locaux, régionaux et départementaux.

I. Le constat

Au niveau départemental, l'ensemble des acteurs se retrouve confronté à une mise en place de programmes communs marquée par un manque de concertation et de lieux permettant de travailler ensemble sur la manière dont les programmes d'éducation pourraient être mis en place.

II. Les propositions

Pour le groupe, les trois niveaux d'actions (local, départemental et régional) sont pertinents et nécessaires. Au niveau départemental, une mission de coordination départementale d'éducation à la santé pourrait être mise en place et tendre à développer des programmes d'action d'éducation à la santé et à mutualiser les savoir-faire et les compétences. Cette mission doit aussi être un lieu d'échange.

Cela ne doit pas remettre en cause le rôle du niveau local qui reste basé sur les réseaux existants qui regroupent l'ensemble des professionnels et les usagers. Dans ce domaine, une plus grande lisibilité doit être recherchée et les besoins doivent être mis à jour.

Le niveau régional doit pour nous être un lieu d'évaluation et un lieu ressource, en termes de méthode, de formation, de soutien et d'aide.

III. Les limites du schéma

Les limites ont été posées en termes d'éthique. Quid également des financements verticaux qui ont actuellement pour objectif de cloisonner nos actions et nos programmes ? Par ailleurs, doit-on prévoir un agrément, comme le fait l'Education Nationale, ou le respect d'une charte comme cela est le cas au niveau du CODES ?

Rapport de l'atelier n°4

**Florence OSSELIN
URCAM**

Quelle stratégie pour améliorer le service rendu en éducation pour la santé ?

I. La définition des échelons pertinents

Nous avons souhaité privilégier une logique ascendante en favorisant l'hypothèse que l'éducation pour la santé ne doit pas être décidée et organisée au niveau national ni au niveau régional mais au niveau local. Il faut aussi vraiment favoriser les échanges.

Au plan local, nous devons permettre aux groupes de se mobiliser et de s'exprimer. Pour ce faire, les professionnels doivent être à l'écoute et investir les dynamiques locales, même si elles ne sont pas spécifiquement axées vers le domaine de la santé. Cela peut passer par des actions de développement qui se déroulent dans les quartiers, dans les communes, etc.

Le niveau départemental doit être un niveau de pilotage qui doit réunir l'ensemble des acteurs (l'Etat, l'Assurance Maladie, l'Education Nationale, les associations, etc.). Pour mettre en place ce pilotage opérationnel, il faut établir un programme de travail. L'ensemble des acteurs, y compris les petites associations, doit véritablement être identifié à ce niveau. Il convient aussi de pouvoir s'appuyer, à ce niveau, sur des experts. Nous nous sommes demandé si les CODES, qui sont aussi acteurs, étaient les mieux placés pour faire de l'expertise. Le groupe de travail réuni dans l'atelier a pensé qu'un expert qui ne serait pas acteur à un moment donné serait un mauvais expert. Les moyens nécessaires doivent aussi être chiffrés au niveau départemental. Ces moyens doivent être suffisants, de façon à garantir la qualité des actions.

Il appartient au niveau régional de définir des grandes priorités en s'appuyant sur le niveau local. Il doit aussi être un pôle de ressources qui doit déterminer des axes de formation, des conseils méthodologiques et l'évaluation et s'appuyer sur un système d'information (tableaux de bord).

II. L'articulation entre les différents niveaux

Le niveau local reste prioritaire. L'initiative locale doit être encouragée et les actions ponctuelles positives doivent, dans la mesure du possible, être étendues à ce niveau, sans toutefois opter pour une standardisation. Il faut aussi que les institutions soient à la disposition des associations et soient aptes à répondre à des besoins et à des envies de faire.

III. Quelle cohérence entre les interventions en éducation pour la santé et la politique régionale de santé ?

Il faut certainement simplifier les procédures et établir un appel d'offres commun.

Les difficultés tenant aux délais ont semblé au groupe un faux débat : en effet, si le projet n'est pas mûr au moment où l'appel d'offres est prévu, il devra être soutenu plus tard, afin de garantir la cohérence de l'ensemble. Il est important que les associations arrêtent de remplir une multitude de formulaires qui se ressemblent sans se ressembler.

Il est aussi important que les porteurs de projets aient un guichet unique quand cela est possible. Nous avons aussi envisagé la possibilité de financements pluriannuels afin d'éviter les décalages. Il est aussi important de ne pas seulement réfléchir en termes de financements mais aussi en termes de contrats d'objectifs et de moyens, qui sont eux-mêmes l'expression des besoins locaux.

IV. Quelle offre envisager pour approfondir les compétences des acteurs ?

Les compétences des acteurs doivent reposer sur un langage commun et sur une culture commune. Nous pensons que la formation, l'expertise et le conseil méthodologique doivent se faire au plan régional.

L'offre doit être suffisante pour faire en sorte que les acteurs soient repérés et connus. Il est aussi important de développer une visibilité des actions pour que celles-ci puissent se développer.

S'agissant de la formation des professionnels, il conviendrait de faire un état des lieux de la formation initiale et continue mais aussi de mieux former les décideurs et les élus, puisque ce sont eux qui décident de l'octroi des financements. Il convient aussi d'approfondir la notion d'échange de pratiques.

Enfin, nous avons souligné que le Schéma Régional d'Education pour la Santé est un processus qui s'inscrit dans la continuité et qui n'est pas seulement décidé au plan régional. Il faudra en effet le décliner au plan départemental pour que l'ensemble des acteurs puisse s'approprier cette démarche.

SYNTHESE ET CLOTURE DE LA JOURNEE

Synthèse

Docteur Emmanuel FORICHON
Directeur adjoint DRASS Midi-Pyrénées

N'étant pas un spécialiste de l'éducation pour la santé, je ne prétends pas faire une synthèse de tout ce qui s'est dit aujourd'hui. Toutefois, des points se dégagent de vos travaux et méritent d'être soulignés. Ils nous permettront d'avancer dans l'élaboration du schéma. Cette journée ne clôture pas la démarche puisque vous avez souhaité que soient organisés des ateliers départementaux auxquels devront participer l'ensemble des partenaires institutionnels et associatifs concernés.

Premièrement, le Schéma Régional d'Education pour la Santé ne saurait imposer une forme unique d'organisation. En effet, nous n'allons pas faire un service public d'une seule couleur pour toute la région : les caractéristiques contextuelles seront prises en compte.

Certains ont exprimé des doutes et des inquiétudes quant au rôle d'un schéma. Un schéma peut faire beaucoup. On le voit notamment dans le domaine de l'organisation des soins. Ces schémas permettent de faire de la planification et obligent les différentes parties prenantes à rédiger un document qui trace des axes de travail pour les cinq années à venir. Même si tout ce qui est écrit ne sera pas forcément appliqué, le schéma sert de repère, et notamment de repère culturel, auquel chacun peut se référer. Le schéma doit avoir une valeur pédagogique pour l'ensemble des acteurs. Je crois en la vertu structurante du schéma.

Deuxièmement, il est important que les ateliers se soient presque entièrement consacrés à la réflexion sur les valeurs. En effet, nous ne pouvons pas bâtir un schéma d'éducation sans partir de valeurs. Nous avons parlé aussi de rédiger une charte. Cela signifie que les parties prenantes ne sauraient s'engager sans avoir mis au clair ensemble les valeurs qui fondent et que véhicule le schéma. A leur niveau, les décideurs doivent déjà se mettre d'accord sur ces valeurs, avant d'envisager la question de l'organisation et des moyens.

Troisièmement, après la définition des valeurs, la méthode doit être définie. Le volet thématique pose la question de l'articulation des actions d'éducation pour la santé avec les priorités de santé (nationales, régionales, départementales et locales). Il faut trouver un point d'équilibre pour que les actions et les programmes définis s'inscrivent dans les priorités et dans les grandes orientations retenues. Mais en même temps, il est important que les priorités régionales n'aillent pas à l'encontre des initiatives et des dynamiques locales. Il faut donc que le cadrage général affirme à la fois la nécessité de faire des choix, tout en laissant une place à l'initiative locale. Il faudra notamment voir comment financer des demandes locales qui pourraient apparaître marginales ou non prioritaires. Sur ce point, des critères devront être définis, afin que les actions financées contribuent à de véritables projets communautaires.

Quatrièmement, le schéma doit définir des lignes d'appui qui permettront de développer et de renforcer l'éducation pour la santé dans la région. Nous avons encore tous le réflexe de mettre en avant notre appartenance institutionnelle. Si les logiques institutionnelles existent et si les institutions doivent être partie prenante dans l'éducation pour la santé, il faudra voir comment conjuguer les différentes énergies institutionnelles pour les décliner sur le plan territorial, là où vit la population. Le schéma devra préciser ce point d'ancrage.

Cinquièmement, en ce qui concerne les acteurs, j'ai l'impression que certains d'entre eux ont été oubliés. Nous devons faire intervenir des théoriciens qui puissent poser des questions, pertinentes ou impertinentes, au bon moment. Nous devons aussi associer des chercheurs. Ces ressources existent au

niveau de la région. Les théoriciens et les chercheurs devront s'intéresser non seulement aux aspects liés aux sciences sociales dans la construction des actions mais aussi à l'impact réel de ces actions sur la santé concrète de la population.

Entre les professionnels et les bénéficiaires de l'éducation pour la santé, je me demande, comme le suggère Monsieur Brixi, s'il n'y a pas lieu de favoriser l'implication d'acteurs intermédiaires que sont les acteurs naturels, c'est-à-dire les personnes issues de la population elle-même. Le schéma devrait leur faire une place.

Sixièmement, concernant les niveaux d'articulation du dispositif, le département aura un rôle très important à jouer, en favorisant la proximité. Dans certains cas, l'échelle infra départementale pourra être mieux adaptée. Un échelon devra donc être défini, dans lequel les acteurs peuvent se retrouver, se concerter et échanger leurs pratiques. A l'évidence, ce niveau ne peut pas être le niveau régional. Il appartiendra aux ateliers départementaux de mieux définir le rôle de cet échelon.

En conclusion, nous savons maintenant que l'éducation pour la santé a un lien avec la citoyenneté. Sans doute n'est-il pas nécessaire de faire la révolution pour rétablir la citoyenneté, mais vous êtes sur ce terrain des acteurs clés. L'éducation pour la santé est un enjeu pour la société, un enjeu de santé publique. Plus précisément, si les bénéfices de l'éducation pour la santé sont un enjeu de santé publique, l'engagement de l'éducation pour la santé est un enjeu de société. La manière dont on va inscrire le schéma dans les politiques régionales et départementales revêt une importance stratégique. Je vous invite donc à poursuivre votre contribution. Je vous donne rendez-vous dans les ateliers départementaux et vous remercie tous de votre participation.