

Pour un pôle de santé publique et de prévention fort et structurant au sein des ARS

Jean-François Collin
François Alla
François Baudier
Catherine Bernard
François Bourdillon
Président
Dominique Deugnier
Claude Michaud
Emmanuel Ricard
Société française de santé publique

Un pôle de prévention devrait être créé dans chaque agence régionale de la santé. La Société française de santé publique émet des propositions pour que la prévention et la santé publique soient véritablement un pôle structurant au sein des ARS.

Dans sa récente intervention aux journées de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), Roselyne Bachelot, ministre de la Santé, a annoncé la création d'un pôle de prévention au sein des agences régionales de santé (ARS).

La Société française de santé publique se réjouit de cette proposition qui vise une continuité des politiques de santé entre la prévention et le soin, dans le cadre de la poursuite des orientations de la loi de santé publique de 2004.

Conformément aux orientations de l'OMS, cette loi précise que « *la politique de santé publique traite des déterminants dans l'environnement physique, social, économique et culturel qui contribuent à créer des conditions favorables pour améliorer l'état de santé, pour prévenir la survenue ou l'aggravation des maladies, pour réduire leurs conséquences sur les capacités fonctionnelles, l'activité et la qualité de vie des personnes touchées par la maladie. Elle incite les individus à faire eux-mêmes des efforts pour maîtriser et améliorer leur propre santé. L'approche populationnelle concerne aussi les caractéristiques des structures et de l'organisation qui facilitent l'accès aux services rendus par les professionnels de santé et qui conditionnent leur efficacité* ».

Trois éléments à prendre en compte

La nécessité de mieux intervenir sur tous les déterminants de santé pour réduire les inégalités sanitaires, sociales et géographiques. Il faut y être attentif. Il s'agit de

la promotion de la santé, au sens de la charte OMS d'Ottawa. Cette orientation a donc une forte composante intersectorielle et interministérielle.

Les ARS doivent avoir des capacités, s'appuyant sur leur légitimité régionale, à interpeller et mobiliser non seulement les services déconcentrés de l'État et les collectivités territoriales, mais aussi les acteurs économiques, pour impulser des politiques favorables à la santé, à l'image de ce qui se fait dans de nombreux pays comme au Québec avec l'art 54 de la loi de santé publique qui permet des analyses d'impact sur la santé, et l'article 373 de la loi sur les services de santé¹.

Les ARS doivent lutter contre ce que Jonathan Mann a qualifié de « socio-parésie » de la santé, c'est-à-dire « cette réticence et cette inaptitude à travailler directement sur les racines sociales des problèmes de santé »². Avec d'autres termes, comme Roselyne Bachelot en faisait le constat lors des journées 2008 de l'INPES : « *Décideurs publics, acteurs du monde de la santé, simples citoyens, nous sommes tous pris au leurre du même effet d'optique, lorsque nous attribuons nos gains de qualité et d'espérance de vie aux progrès de la médecine curative* ». Les débats actuels avec les industriels de

1. Extrait de l'art. 373 : « le directeur est responsable... d'identifier les situations où une action intersectorielle s'impose pour prévenir les maladies, les traumatismes ou les problèmes sociaux ayant un impact sur la santé de la population et, lorsqu'il le juge approprié, de prendre les mesures qu'il juge nécessaires pour favoriser cette action ».

2. Santé publique 1998, volume 10, n° 3, p. 239-250.

l'agroalimentaire en sont une illustration. Les possibilités de leviers pour améliorer la qualité nutritionnelle dont disposent les collectivités territoriales en matière de cantines scolaires, en lien, notamment, avec les producteurs de leurs régions, en est une autre illustration. Des réalisations existent dans ce domaine, mais elles sont dépendantes du volontariat de leurs promoteurs et pas toujours considérées comme des missions normales et reconnues.

Il est possible d'évoquer également :

- les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) qui, s'appuyant sur un dispositif législatif, permettent une démarche globale et cohérente en relation avec les missions conjointes des ministères de l'Éducation nationale et de la Santé, dans les établissements scolaires ;
- des problématiques, comme le saturnisme, qui ont montré la nécessité de développer des liens entre la santé, les politiques de l'habitat et les politiques sociales.

Tous ces exemples permettent de proposer d'inclure la santé environnementale et la sécurité sanitaire, au moins en partie, dans le pôle prévention des ARS.

Ensuite, il y a le champ de l'éducation pour la santé qui exerce son activité principalement en prévention primaire, c'est-à-dire auprès de populations *a priori* en bonne santé qui ont peu recours au système de soins (« prévention universelle »). Cette activité est notamment développée par l'Éducation nationale et l'INPES, dont c'est la mission depuis 2002. Mais celui-ci n'a pas d'opérateurs formels sur le territoire, à la différence de ce qui existait précédemment avec le Comité français d'éducation à la santé (CFES) et son réseau de comités régionaux (Cres) et départementaux (Codes). L'INPES met à disposition des compétences et des outils méthodologiques pour ceux qui veulent bien les solliciter et les utiliser. Il est représenté dans les régions au sein du Groupement régional de santé publique (GRSP), mais le lien avec les opérateurs de proximité est insuffisant pour qu'une véritable mission de service public puisse s'exercer dans ce champ sur l'ensemble du territoire français.

À l'échelon régional et départemental, le réseau des Cres et Codes a été porté et encouragé par une politique continue. De 1992 à 1999, l'État a favorisé la structuration et la professionnalisation des éducateurs pour la santé, en s'appuyant sur un dispositif qu'il avait conçu et financé :

les délégations interrégionales d'éducation et de promotion de la santé. Cette action s'est poursuivie en 2001 par la mise en œuvre d'un Plan national d'éducation pour la santé qui avait pour objectif général que chaque citoyen ait accès à une éducation pour la santé de qualité. Mais les moyens alloués sont très fragiles et, pour une part non négligeable, remis en question annuellement dans le cadre des appels à projet des GRSP

Il n'est pas imaginable que chaque année :

- pour les soins, l'ARH (ou l'assurance maladie) fasse un appel à projet pour savoir qui va prendre en charge les malades à l'hôpital ou en médecine de ville,
- dans le champ de l'éducation, le rectorat demande à chaque école, collège et lycée de postuler sur sa capacité à diffuser des savoirs.

C'est pourtant ce qui se passe en prévention. Ce mode de fonctionnement épuise et décourage les professionnels de prévention et empêche tout développement sérieux de la discipline (enseignement et recherche).

Les professionnels de santé (médecins et pharmaciens) interviennent également en prévention primaire en transmettant informations et conseils : hygiène de vie dans le cadre de l'alimentation des nourrissons, des jeunes enfants, risques routiers (deux-roues, alcool), risques sportifs, vie sexuelle, parentalité... Ces activités, qui contribuent à l'éducation pour la santé, se font encore trop souvent sans formation spécifique et dans un cadre volontaire, sans reconnaissance officielle.

Enfin, il y a la prévention médicalisée (vaccination, dépistage, prévention des rechutes et des complications, éducation thérapeutique du patient...) qu'il convient effectivement de développer avec plus de cohérence et de synergies, comme indiqué dans les rapports Ritter et Bur. Les points sur lesquels les médecins traitants pourraient intervenir de manière plus cohérente concernent : les activités de vaccinations (prévention primaire), de repérage et d'intervention précoce (alcool, cannabis), de dépistages opportunistes (facteurs de risques cardio-vasculaires), d'incitation au dépistage organisé (cancer du sein et colorectal), de dépistage orienté dans le cadre des consultations de prévention aux différents âges de la vie, de synthèse annuelle pour certaines maladies, de traitement

visant à réduire l'apparition de complications ou des rechutes. Certaines enfin sont du registre de l'éducation thérapeutique du patient, même si elles n'en constituent qu'une étape. Cela rend d'ailleurs encore plus nécessaire l'intégration des différents intervenants dans des programmes coordonnés d'éducation thérapeutique.

Propositions pour l'avenir

La SFSP propose des missions et une organisation pour le pôle « promotion de la santé et prévention » au sein de l'ARS. Elle recommande en outre la structuration des opérateurs de prévention dans les régions et la formation des futurs acteurs de prévention.

Création d'un pôle promotion de la santé et prévention au sein de l'ARS

Les personnels et missions du GRSP pourraient s'intégrer au pôle prévention de l'ARS. Cependant, il faut prévoir une transversalité au sein de l'ARS, entre les pôles, pour éviter un fonctionnement en tuyau d'orgue et ne pas reconstruire des cloisonnements entre soins et prévention, voire entre niveaux de prévention au sein de l'ARS.

Il conviendrait de nommer au sein de l'ARS un responsable qui aurait notamment pour mission d'interpeller les autres départements ministériels, les collectivités territoriales, les acteurs économiques de la région sur leur prise en compte des déterminants de santé.

Les principales missions des pôles de prévention

- Informer la population et ses élus sur l'état de santé, les problèmes prioritaires de santé et les principaux déterminants de celle-ci sur la région ou sur tel ou tel territoire ou pour telle population particulière...

- Élaborer des plans qui précisent les objectifs et stratégies ou programmes à mettre en œuvre pour les atteindre, en concertation avec les acteurs et la population, ce qui nécessite :

- ◆ de disposer d'un système d'information adapté,
- ◆ d'identifier des leviers sur lesquels agir pour promouvoir des programmes de promotion de la santé et de prévention,

◆ d'intégrer des différents niveaux de la prévention dans un plan de santé à l'échelle de la région allant de la prévention aux soins et au médico-social, comme le prévoit le schéma actuel ARS.

● Structurer le dispositif et les acteurs : prendre appui sur les schémas régionaux d'éducation pour la santé, les pôles régionaux de compétence en éducation pour la santé³, les volets prévention des schémas régionaux de l'offre de soins (Sros), sur les travaux des observatoires régionaux de santé, sur les efforts de l'assurance maladie et des établissements de santé pour structurer l'éducation thérapeutique du patient.

Il convient d'établir des *contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens* avec des opérateurs agréés, en faisant le parallèle avec les établissements de santé. Actuellement, les mécanismes de financement annuels avec appel à projet, instruction des dossiers puis évaluation ne sont pas du tout efficaces : le coût réel et complet d'instruction et de suivi des dossiers est souvent supérieur au financement alloué. Il faut sortir de la notion d'appel à projet annuel pour aller, comme pour le soin, vers des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.

Liens du pôle prévention avec le ministère de la santé et l'INPES

La fonction de mobilisation interministérielle au sein de l'ARS ne peut se développer sans appui législatif ou réglementaire du niveau national. L'agrément d'opérateurs nécessite une démarche qualité structurée sur le plan national, en lien avec le ministère, la Haute Autorité de santé et l'INPES pour ce qui concerne la prévention⁴.

3. Issus du Plan national d'éducation pour la santé, les schémas régionaux d'éducation pour la santé mis en place en 2002 avaient pour ambition d'organiser, au sein d'un territoire donné, avec et pour les populations, un service public d'éducation pour la santé. Enfin, les pôles régionaux de compétence en éducation pour la santé en cours de constitution constituent une nouvelle étape de cette structuration, mais il faut aller beaucoup plus loin dans cette reconnaissance.

4. Dans les années quatre-vingt-dix, le CFES avait mis au point des critères d'agrément pour les Comités d'éducation pour la santé. Cette disposition a disparu avec la transformation du CFES en INPES, mais rien n'empêche de la reprendre. Des travaux sont en cours sur les bonnes pratiques en éducation pour la santé, c'est également à poursuivre et à mettre à disposition des ARS.

Le pilotage national des pôles prévention des ARS, dans lequel l'INPES pourrait jouer un rôle, pourrait être fortement inspiré par les échanges d'expériences venant des régions. Par ailleurs, il est essentiel que des recommandations de bonnes pratiques puissent être régulièrement élaborées, actualisées (HAS et INPES) et diffusées (par les ARS) pour qu'elles soient mises en œuvre par les professionnels, acteurs et décideurs concernés.

L'animation de la politique régionale par l'ARS

Pour accroître la cohérence et l'efficacité de la politique régionale de santé et améliorer en même temps la démocratie sanitaire, des dispositifs sont à mettre en place :

● d'information de la population ainsi que des élus (en intégrant les membres des conseils des caisses d'assurance maladie et des représentants des professionnels de santé),

● d'information réciproque de tous les acteurs (usagers, responsables économiques...)

À noter que ces dispositifs ne sont pas spécifiques au volet prévention de l'ARS, mais sont particulièrement importants dans ce champ.

Le directeur de l'ARS devra rendre compte chaque année les résultats obtenus au vu des objectifs annoncés, y compris sur la mobilisation des autres intervenants du champ de la santé.

Il devra solliciter un avis sur les objectifs à venir devant :

● la conférence régionale de santé,

● le conseil régional, les conseils généraux et les représentants des collectivités locales,

● et, plus largement, la population générale ou des populations particulières si certaines questions plus spécifiques sont à traiter.

De manière réciproque, les collectivités locales (notamment pour ce qui concerne la PMI, les politiques visant les personnes âgées et les handicaps ou les missions déléguées par l'État) devront rendre compte chaque année devant le directeur de l'ARS de leur contribution à la politique de santé, tout particulièrement dans le champ de la prévention.

De même, si la santé scolaire ou la santé au travail ne semblent pas devoir aujourd'hui intégrer les ARS, une présentation de leurs activités et résultats devant

le directeur de l'ARS est une première étape et serait de nature à conforter la cohérence des politiques de santé.

Structuration des acteurs de la prévention dans la région

Au titre de ces opérateurs de la prévention, on peut lister :

● Les professionnels de santé,
● Les professionnels spécifiques de la prévention ou de l'éducation pour la santé,

● Les élus,
● Les associations d'usagers et de patients,
● Les acteurs économiques.

Les professionnels de santé

La prévention médicalisée réalisée par des professionnels du soin, auxquels on confierait des tâches élargies, est l'hypothèse des rapports Bur et Ritter. Les réflexions sont en cours dans ce sens, elles sont à poursuivre à travers les pistes prometteuses tracées par les États généraux de l'organisation de la santé. Par ailleurs, plusieurs séminaires organisés par la SFSP sur la prévention médicalisée montrent qu'il est possible d'imaginer une autre organisation de l'offre de santé de proximité et territoriale, en cohérence avec les réflexions de plusieurs rapports sur l'organisation hospitalière (Larcher) ou ambulatoire (Flageolet). La SFSP, dans le cadre de ses travaux actuels, fera en juin prochain des propositions de définition de missions de santé publique des médecins généralistes intégrant les actions de prévention médicalisée.

Les professionnels spécifiques de la prévention ou de l'éducation pour la santé

Ils ne sont pas nommés dans les rapports Ritter et Bur. Pourtant, ils existent et sont engagés soit :

● par des collectivités territoriales, par des caisses d'assurance maladie ou des mutuelles, dans un cadre institutionnel et financier relativement stable,

● par des associations dédiées à l'éducation pour la santé (réseau des comités d'éducation pour la santé réunis au sein de la FNES, associations thématiques alcool, tabac, drogues, sida...), dans un cadre de financement annuel très fragile.

Les structures dans lesquelles se trouvent ces opérateurs associatifs sont

souvent de petite taille, peu intégrées aux autres professionnels de santé. Les mêmes questions se posent que dans le domaine du soin : équilibre entre accessibilité et qualité.

Le principe d'équité doit donc présider à la politique de prévention concrétisée en des actions locales adaptées garantissant qu'il n'y a pas de perte de chance de la population en matière de réduction du risque sanitaire accessible à la prévention. En terme d'efficience, un problème se pose pour conduire une action de prévention de qualité, c'est celui d'un manque de professionnalisation et de taille critique de certains effecteurs.

Aussi, deux schémas sont envisageables pour structurer ce secteur :

- Soit un regroupement de ces opérateurs en région au sein de quelques grandes institutions agréées qui auraient des missions pérennes résultant de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens signés avec l'ARS.
- Soit une intégration de ces professionnels de la prévention au sein de chaque organisation de proximité pluridisciplinaire, en référence au rapport Larcher qui prévoit d'organiser une meilleure couverture territoriale en services de santé primaires.

Les élus

La promotion de la santé et la prévention nécessitent l'engagement des élus. Dans le champ de la santé, ils sont d'origines diverses :

- collectivités territoriales,
- caisses d'assurance maladie,
- organismes ou syndicats de professionnels de santé.

Il est indispensable qu'ils trouvent une représentativité, mais aussi un lieu d'expression et d'orientation au sein des ARS.

Les associations d'usagers et de malades

Elles sont susceptibles de jouer un grand rôle, même si le champ de la prévention ne peut pas se structurer essentiellement à partir de bénévoles.

Elles peuvent alerter lorsque ne sont pas suffisamment pris en compte des problématiques, des territoires, des populations spécifiques. Elles ont une perception plus intégrée des problématiques que les professionnels, qui sont souvent cloisonnés dans leur activité. Elles peuvent aussi intervenir directement comme accompa-

gnants ou promoteurs. Cependant, ces associations constituent un tissu dispersé, hétérogène, fragile parfois du fait de leur statut et/ou de leur taille, parfois difficilement mobilisable du fait de l'éloignement du secteur de la santé (milieu éducatif, culturel, sportif...). La procédure d'agrément actuelle des associations est intéressante, mais elle ne doit pas être trop complexe. Il y a donc lieu de soutenir ces associations, de leur apporter, si besoin, un appui méthodologique, grâce aux professionnels du champ de la prévention, et financier dans le cadre d'appels à projet simplifiés.

Les acteurs économiques

De plus en plus souvent, des acteurs économiques (industries pharmaceutiques, entreprises de l'agroalimentaire...) interviennent dans le champ de la prévention, soit en :

- co-finançant des programmes,
- étant les promoteurs directs et en s'appuyant sur les opérateurs locaux ou régionaux.

Il y a très souvent conflit d'intérêts entre ces promoteurs et la santé publique. Il convient certainement de poser un cadre éthique clair pour ces intervenants du secteur économique.

Formation des acteurs de prévention

Le rapport de la Commission d'orientation de la prévention⁵ et les Assises nationales de la prévention⁶ ont rappelé la nécessité de renforcer significativement la formation et la recherche, dans le champ de la prévention et de l'éducation pour la santé. Cependant, ni la prévention ni l'éducation pour la santé ne sont reconnues comme disciplines universitaires, ce qui ne favorise pas leur développement. Il faut donc adopter une politique très volontariste.

Formation de haut niveau pour les cadres dirigeants des ARS

Il faut développer une culture commune qui intègre une vision « soins et prévention » et plus largement santé publique dans la conduite des politiques publiques. L'École

des hautes études en santé publique (EHESP) pourrait jouer un rôle pivot.

L'enjeu est, d'une part, d'intégrer la prévention aux autres politiques internes, et d'autre part, d'identifier comment mobiliser les leviers des autres politiques (interministériel). Cette approche ne se limite donc pas à la gestion classique d'enveloppes budgétaires.

Il est donc proposé d'intégrer des universitaires ou des praticiens-chercheurs dans les professionnels des ARS, sur un modèle proche de ce qui se fait dans beaucoup d'autres pays, pour ouvrir les ARS sur une culture de la recherche et sur d'autres milieux : économie de la santé, santé publique, évaluation des politiques publiques, sociologie...

Formations des opérateurs spécialisés en prévention

À partir de travaux menés par l'INPES et la FNES, il est possible de distinguer deux types d'intervenants :

- des « animateurs en prévention et en éducation pour la santé » chargés d'animer et de mettre en œuvre des actions éducatives de proximité en direction des populations selon un protocole établi par ailleurs (niveau licence);
- des « chefs de projets » en prévention et en éducation pour la santé, chargés de concevoir et de gérer des projets globaux de prévention articulant acteurs, niveaux d'intervention et outils différents (niveau master).

De nombreuses universités ont développé des diplômes d'université, des DESS et maintenant des masters dans le champ de la promotion de la santé, de la prévention et de l'éducation pour la santé. Ils ont pour public principal de futurs professionnels du champ de la prévention qui ne sont pas, au départ, des professionnels de santé, même si les formations sont également ouvertes à des derniers. En quelques années, beaucoup d'acteurs de la santé publique et de la prévention ont été formés. Cet effort est à poursuivre et à amplifier en y développant une dimension recherche.

En complément à ces formations garantissant la qualité et l'efficience des interventions, il faut créer les débouchés pour ces professionnels, plus stables qu'actuellement, ce qui nécessite une politique de prévention volontariste et inscrite dans la continuité.

5. Commission d'orientation de la prévention. *Rapport - Stratégies nouvelles de prévention*. Ministère de la Santé et des Solidarités, 2006

6. État Généraux de la Prévention, 2006 (<http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/prevention/sommaire.htm>)

Intégration de la formation à la prévention dans les formations initiales des professions de santé

Une enquête récente⁷ a mis en évidence que les établissements de formation initiale des professions de santé (diététiciens, puéricultrices, sages-femmes, médecins, pharmaciens, dentistes, cadres de santé, masseurs-kinésithérapeutes, podologues et infirmiers) proposent des enseignements spécifiques dans ce champ, mais avec de grandes variations d'horaires et de contenus.

Il convient de structurer ces formations en prenant en compte les deux dimensions : prévention médicalisée et éducation pour la santé. L'INPES va établir des programmes nationaux de formation en éducation pour la santé (article L1417-1 du CSP), et il est important que à côté du contenu, soit précisé un cahier des charges pour cette formation : formation des formateurs, approches pédagogiques...

Formation des acteurs locaux extérieurs au champ spécifique de la prévention

En plus des formations universitaires, il existe des formations professionnelles courtes mises en place par les collectivités territoriales dans le champ de la prévention, ou par diverses associations, notamment les comités d'éducation pour la santé.

Les besoins sont importants. Il faut saluer l'initiative du Centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT), qui a créé un pôle de compétences en santé. Ainsi, diverses délégations régionales du CNFPT forment leurs personnels en fonction de leurs besoins spécifiques.

La recherche en prévention

Elle est encore modeste, dispersée et souvent cloisonnée entre épidémiologie, sociologie, économie, recherche biomédicale, histoire, sciences politiques... Les liens entre acteurs de prévention et chercheurs sont faibles. Cette recherche n'a pas permis un développement du niveau de preuve, ni fourni les outils pour l'évaluation des politiques publiques en ce domaine. Si l'évaluation de programmes expérimentaux en prévention existe, les résultats sont très peu pris en compte dans les interventions ultérieures car les conditions de réalisation

7. Foucaud J. Formation initiale en éducation pour la santé en France : Résultats d'une enquête nationale descriptive. *Santé Publique*; numéro spécial congrès 2007; 112.

des actions locales habituelles n'ont rien à voir avec les moyens mobilisés pour l'expérimentation évaluée. Il y a ainsi une grande différence entre la recherche clinique et la recherche en prévention.

Le rapport de la commission d'orientation sur la prévention a bien souligné la nécessité de développer la recherche dans le champ de la prévention. Une des premières concrétisations des États généraux de la prévention a été l'appel à projet de recherche sur la prévention, la promotion de la santé et l'éducation pour la santé lancé conjointement en 2007 par l'INPES, l'Inserm, la HAS, et l'InCA, sous l'égide de l'IreSP. Pour développer la recherche en ce domaine, il est nécessaire :

- de disposer en France de formations à la recherche pluridisciplinaires de haut niveau dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention; l'École des hautes études en santé publique peut être un des acteurs de ce développement;
- d'avoir des équipes de recherche consolidées en santé publique et en prévention au sein des universités, dans les structures de prévention et de soins, travaillant en liens étroits avec les ARS.

Les buts à atteindre

Au total, la création des ARS devrait permettre :

- de faire de la santé publique et de la prévention la véritable colonne vertébrale de la politique de santé dans les régions,
- de promouvoir une approche intersectorielle et interministérielle en capacité d'agir avec efficacité sur l'ensemble des déterminants de santé,
- de légitimer des opérateurs en prévention primaire et en éducation pour la santé qui sortiraient d'une précarisation périodique liée à des financements sur appel à projet incompatibles avec un travail cohérent et opérant sur la durée,
- de faire le lien entre soins et prévention en favorisant une prévention médicalisée reconnue, plus organisée et mieux intégrée à l'activité habituelle des professionnels de santé de premier recours. ■