



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Médecin de l'Éducation Nationale

Date du Jury : 5 juillet 2000

**PROGRAMMES REGIONAUX DE SANTE
ET ACTIONS D'EDUCATION ET DE
PROMOTION DE LA SANTE DES
MEDECINS DE L'EDUCATION
NATIONALE : MODALITES DU
PARTENARIAT
DANS L'ACADEMIE DE LILLE**

FINCK-RICHERT Annick

SOMMAIRE

LISTE DES ABRÉVIATIONS	3
I. INTRODUCTION	4
II. DESCRIPTION DE LA SITUATION	6
A. LES PROGRAMMES RÉGIONAUX DE SANTÉ	6
1. <i>De façon générale</i>	6
2. <i>Pour la région Nord-Pas-de-Calais</i>	7
B. LES ACTIONS D'ÉDUCATION ET DE PROMOTION DE LA SANTÉ AU SEIN DU SERVICE DE PROMOTION DE LA SANTÉ EN FAVEUR DES ELÈVES	9
1. <i>Les actions d'éducation et de promotion de la santé menées par les MEN et les équipes locales</i>	9
2. <i>Les Comités d'Education à la Santé et à la Citoyenneté</i>	9
III. PROBLÈME	12
IV. HYPOTHÈSES	12
A. IL EXISTERAIT UN PROBLÈME D'IDENTIFICATION PAR LES MEN DES ARTICULATIONS ENTRE LES ACTEURS ÉVOLUANT AU SEIN DE CES NOUVEAUX DISPOSITIFS	12
B. IL EXISTERAIT UN PROBLÈME D'ADHÉSION DES MEN À DES PROJETS DÉPASSANT LE SIMPLE NIVEAU LOCAL DE LEUR SECTEUR D'INTERVENTION.....	13
V. MÉTHODOLOGIE	14
A. ENTRETIENS EXPLORATOIRES	14
B. ENTRETIENS CENTRÉS SUR LES DEUX HYPOTHÈSES.....	15
1. <i>Thèmes abordés pour préciser la première hypothèse</i>	15
2. <i>Thèmes abordés pour préciser la deuxième hypothèse</i>	16
3. <i>Limites de la méthode</i>	16

VI. ANALYSE.....	18
A. ANALYSE À L'ÉCHELON RÉGIONAL.....	18
1. Logiques et enjeux	18
a) Selon l'Académie de Lille.....	18
b) Selon les services déconcentrés de l'Etat : DDASS et DRASS.....	20
2. Synthèse et croisement des discours	24
a) Thèmes communs	24
b) Thèmes spécifiques.....	27
B. A L'ÉCHELON DÉPARTEMENTAL ET LOCAL.....	29
1. Problème d'identification par les MEN des articulations entre acteurs à l'échelon local	29
2. La démarche de planification de santé : une démarche peu familière pour les MEN ?	34
VII. DISCUSSION – PROPOSITIONS	37
VIII. CONCLUSION.....	41
IX. BIBLIOGRAPHIE	42
ANNEXES	47

Liste des abréviations

ARH	Agence Régionale d'Hospitalisation
BOEN	Bulletin Officiel de l'Education Nationale
CESE	Comité d'Education à la Santé et à la Citoyenneté
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRAM	Caisse Régionale d'Assurance Maladie
CRES	Comité Régional d'Education pour la Santé
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
JO	Journal Officiel
MEN	Médecin de l'Education Nationale
PRS	Programme régional de santé
URMEL	Union Régionale des Médecins d'Exercice Libéral

I. Introduction

Ces dernières années, les Conférences Régionales de Santé¹, les Assises Régionales de la Santé et les Etats généraux de la santé² ont contribué à établir et à diffuser une meilleure connaissance de la situation sanitaire des différentes régions de notre pays. Ces différentes instances ont également défini les besoins de santé de la population et les moyens à mobiliser pour y répondre.

Les Programmes régionaux de santé (PRS) sont des outils privilégiés d'une politique volontariste centrée sur l'amélioration de la santé de la population en fonction des priorités de santé publique identifiées par chaque Conférence Régionale de Santé. Ils permettent, avec l'ensemble des acteurs concernés, d'élaborer les objectifs et de mettre en œuvre les activités permettant de diminuer l'importance des problèmes de santé prioritaires pour chaque région. Les PRS sont un instrument au service de la cohérence des interventions et des initiatives de tous les acteurs de santé d'une région : il s'agit ainsi de créer, d'amplifier et de multiplier les dynamiques de réseau qui permettent d'agir sur les déterminants comme sur les conséquences de l'état de santé de la population. Un certain nombre d'actions des PRS vise le public des enfants et adolescents scolarisés.

Parallèlement, l'Ecole réaffirme de manière résolue son rôle en matière d'action publique de promotion de la santé auprès des élèves.

¹ Chaque année depuis 1996, est tenue sur l'initiative du préfet de région, une Conférence Régionale de Santé, rassemblant les acteurs régionaux en matière de santé : représentants des professionnels du champ sanitaire et social, des institutions et établissements sanitaires et sociaux, des collectivités territoriales, des organismes d'assurance maladie et des usagers. La Conférence Régionale de Santé a pour mission de définir, suite à l'analyse de la situation sanitaire et sociale de la région, les priorités de santé dans la région et de proposer les moyens à mettre en œuvre afin d'améliorer les indicateurs de santé régionaux.

² Les Etats généraux de la santé ont commencé en octobre 1998. L'objectif était de donner la parole aux usagers du système de soins, personnes malades ou citoyens. Il s'agissait de sortir du débat de la confrontation d'experts et de favoriser de nouvelles méthodes de participation et de démocratie

De nombreuses circulaires le rappellent¹ et insistent sur la nécessité d'un travail en partenariat, l'institution éducative devant jouer un rôle fort au sein d'un maillage public de prévention².

Ainsi, l'Education Nationale est un partenaire des PRS au sein d'un réseau d'institutions pour la mise en œuvre de plusieurs actions.

A la lumière de ces deux constatations, l'objet de ce mémoire sera d'étudier les possibilités d'un travail en partenariat au niveau local, lors des actions de promotion de la santé à l'échelle des secteurs d'intervention des Médecins de l'Education Nationale (MEN) en lien avec les priorités formulées par les groupes de travail des PRS.

directe sur les questions de santé pour répondre au besoin de débat et de communication des citoyens. Chaque région a organisé un "forum citoyen".

1. ¹ Circulaire n° 2-108 du 2 octobre 1998 parue dans le BOEN n° 11 du 15.10.98 relative à la lutte contre la violence en milieu scolaire et au renforcement du partenariat.(J.O. n° 236 du 11.10.98, page 15395)
2. Circulaire n° 98-108 du 1.7.98 parue dans le BOEN n° 28 du 9.7.98, relative à la prévention des conduites à risque et au comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté.
3. Circulaire n° 98-140 du 7.7.98 parue dans le BOEN n°29 du 16.7.98, relative à l'éducation à la citoyenneté dans l'enseignement primaire et l'enseignement secondaire.
4. Circulaire n° 98-237 du 24.11.98 parue dans le BOEN n° 45 du 3.12.98, relative aux orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège
5. Circulaire n° 98-234 du 19.11.98 parue dans le BOEN n° 46 du 10.12.98, relative à l'éducation à la sexualité et la prévention du Sida.

² Idem 2.

II. Description de la situation

A. Les programmes régionaux de santé

1. De façon générale :

La mise en œuvre des priorités de santé publique identifiées par la conférence régionale de santé¹ repose sur les Programmes Régionaux de Santé (PRS).

Expérimentés dès 1994 dans trois régions sous la dénomination de Projets Régionaux de Santé, institutionnalisés par l'ordonnance du 24 avril 1996 relatives à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins et par le décret du 17 avril 1997, les PRS ont montré leur capacité à mobiliser les acteurs, à créer de la cohérence entre les actions et les financements existants, à structurer par une approche globale les activités de promotion de la santé, de prévention, de soins et d'insertion. Ils sont ainsi le complément des Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS)².

Les PRS constituent une méthode de planification en santé et se veulent l'instrument d'une politique volontariste : la volonté d'agir des acteurs en est l'élément moteur. Leur élaboration et leur mise en œuvre reposent en effet sur le postulat qu'il est possible, grâce à une réflexion et une action concertées de tous les acteurs, en particulier des acteurs locaux, de relever le défi des priorités de santé identifiées par la conférence régionale de santé, (en réduisant la mortalité et les incapacités évitables, en améliorant la qualité de vie des personnes handicapées ou malades et en réduisant les inégalités face à la santé).

Ainsi, un programme s'appuie sur cinq principes³ :

- une **approche globale** incluant la prévention, la prise en charge et l'accompagnement. Cette approche doit être la plus large possible et ne pas se

¹ Circulaire DGS N° 97/731 du 20.11.97

² Idem

³ J.L. Salomez, in Contact Santé – N° 136 mars 1999

cantonner au secteur sanitaire mais inclure toutes les composantes qui doivent être prises en compte dans une logique de Santé Publique

- une **approche centrée sur la population** et non sur les professionnels et les institutions
- une **approche multipartenariale** avec l'ensemble des acteurs concernés : l'Etat (Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS), Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS), Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH), Académies), les Collectivités Territoriales (Conseil Régional, Conseils Généraux), l'Assurance Maladie (Caisse Régionale d'Assurance Maladie (CRAM), Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM), l'Union Régionale des Médecins d'Exercice Libéral (URMEL), les associations
- une **approche centrée sur la région**, apparue comme niveau de décentralisation indispensable pour adapter une politique nationale de santé à l'hétérogénéité des situations sanitaires, économiques, sociales et culturelles sur le territoire. Cette approche régionale sera ensuite déclinée à un niveau local
- une **approche à moyen terme**, en général pour cinq ans.

2. Pour la région Nord-Pas-de-Calais :

La conférence régionale de santé, les assises régionales de la santé et les schémas régionaux d'organisation des soins ont mis en évidence les priorités suivantes : cancer, maladies cardio-vasculaires, conduites de consommation à risque (alcool, tabac, drogues...), santé des enfants et des jeunes, précarité et santé.

Autour de ces cinq priorités, cinq PRS ont été créés :

- Le programme de lutte contre le cancer appelé dans cette région PRS "Challenge", mis en œuvre depuis 1999,
- les autres PRS se mettent progressivement en place. Après une phase d'élaboration collective, ils entrent en phase opérationnelle :
- Le PRS Santé des enfants et des jeunes,
 - Le PRS Précarité et Santé (Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux soins (PRAPS)),
 - Le PRS Santé Cardio-vasculaire et

- Le PRS Conduite de consommation à risque.

Concernant le PRS sur les cancers "Challenge" seul PRS engagé à cette date, un certain nombre de personnes de l'Education Nationale participent depuis 1997 à son élaboration.

Six groupes de travail thématiques (Communication, Prévention, Dépistage, Soins et prise en charge, Accompagnement-Soins Palliatifs, Information) ont vu le jour au sein de ce PRS. Le groupe de travail qui a en charge le volet préventif est celui qui nous concerne directement puisqu'il fait largement appel à la promotion de la santé.

Au sein de ce groupe de travail des équipes de terrain comprenant des MEN et des Infirmières scolaires de secteur, des directeurs d'école et des enseignants mettent déjà en place des actions.

Concernant le PRS Conduite de Consommation à risque, des actions dans le cadre du volet santé du projet académique et en lien avec des objectifs du programme ont déjà lieu dans certains secteurs.

Concernant le PRS Santé des enfants et des jeunes, le Médecin Conseiller Technique auprès du Recteur est copilote de ce PRS. Le Médecin Conseiller Technique Départemental du Pas-de-Calais fait partie du groupe de programmation.

Concernant le PRS Précarité et santé (PRAPS), la loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions inscrit l'Education Nationale comme partenaire dans cette lutte contre l'exclusion et l'illettrisme. (art 71, 143, 149)

B. Les actions d'éducation et de promotion de la santé au sein du Service de Promotion de la Santé en Faveur des Elèves:

1. Les actions d'éducation et de promotion de la santé menées par les MEN et les équipes locales :

En matière de promotion de la santé, d'éducation à la santé ou de prévention, les MEN engagent des actions depuis de très nombreuses années. Pour l'Académie de Lille, l'éducation pour la santé occupe 10% de leur temps¹.

Les actions des MEN s'inscrivent en large partenariat avec les infirmières scolaires et des membres de la communauté éducative et s'appuient souvent sur des outils proposés par des instances tel le Comité Régional d'Education pour la Santé (CRES), les Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) ou la Caisse Régionale d'Assurance Maladie.

Plus de la moitié de ces actions est menée sur plusieurs années et répond aux besoins repérés par les MEN sur leurs secteurs, en concordance avec le volet santé du projet départemental.

Pour le premier degré, ces actions s'articulent en lien avec le projet santé des écoles. Pour le second degré, de plus en plus d'actions s'intègrent au volet santé du Comité d'Education à la Santé et à la Citoyenneté (CESC).

2. Les Comités d'Education à la Santé et à la Citoyenneté :

Les Comités d'Education à la Santé et à la Citoyenneté sont mis en place par la circulaire n° 98-108 du 01/07/98 qui a pour objet de préciser les axes essentiels de la politique de l'Education Nationale en matière de prévention des conduites à risque et d'éducation à la santé et à la citoyenneté.

Créés en 1990 sous le nom de Comités d'environnement social, ils ont fait la preuve de leur efficacité. Ils fédèrent les actions de prévention auparavant dispersées et sans cohérence, mobilisent les adultes et les élèves autour d'objectifs clairs,

¹ Rapport Dr QUERLEU Actions d'Education à la Santé - MEN -année 97/98 - Académie de Lille

renforcent le partenariat extérieur (autres services de l'Etat, collectivités locales, organismes, associations), améliorent de façon significative le climat et les relations entre adultes et élèves.

Leurs missions se déclinent en six axes :

1. Contribuer à la mise en place de l'éducation citoyenne en rendant l'élève responsable, autonome et acteur de prévention ;
2. Organiser la prévention des dépendances, des conduites à risque et de la violence dans le cadre du projet d'établissement ;
3. Assurer le suivi des jeunes dans et hors l'école ;
4. Venir en aide aux élèves manifestant des signes inquiétants de mal-être : usage de produits licites et illicites, absentéisme, désinvestissement scolaire, repli sur soi, conduites suicidaires....;
5. Renforcer les liens avec les familles ;
6. Apporter un appui aux acteurs de la lutte contre l'exclusion en renforçant les liens entre l'établissement, les parents les plus en difficulté et les autres partenaires concernés, comme la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions le prévoit.

Les Comités d'Education à la Santé et à la Citoyenneté sont ainsi un outil privilégié de coordination des différents partenaires lors des actions dans les établissements scolaires et procèdent d'une démarche de planification de santé dans une perspective de santé communautaire¹;

¹ *La santé communautaire est née de la santé publique, en y ajoutant les éléments suivants :*

- *assurer une adéquation entre les besoins de santé d'une population et les ressources mises à sa disposition*
- *intégrer au concept de santé des éléments de la morbidité "ressentie" par les individus, en débordant celui de morbidité "objective"*
- *mesurer la santé en faisant appel à des indicateurs non seulement "épidémiologiques" mais aussi "psycho-sociaux"*
- *finalement lever la barrière qui sépare le "curatif" du "préventif".*

La démarche proposée par la santé communautaire correspond aux fonctions suivantes : identifier les problèmes de santé de la population et en établir un ordre de priorité , puis concevoir et mettre en œuvre des programmes pour répondre à ces problèmes ; enfin, évaluer l'impact des programmes sur la santé de la population. Ces fonctions correspondent aux grandes étapes du processus de

Néanmoins la logique partenariale reste fortement centrée sur l'établissement.

Le partenariat ne s'impose pas comme un a priori mais participe d'une volonté d'opérer un rapprochement entre les instances extérieures pour définir et mettre en place des stratégies propres à réduire les tensions et les problèmes collectifs. Les modes de fonctionnement du partenariat sont intimement liés aux fonctions remplies par les acteurs, à la relation qu'ils sont capables d'établir entre eux et du type de réseau qu'ils sont amenés à construire¹.

Pour l'Académie de Lille, l'objectif est la généralisation des CESC en l'an 2000.

Ces actions d'éducation et de promotion de la santé au sein du Service de Promotion de la santé en faveur des Elèves, pour intéressantes et fructueuses qu'elles soient, restent des initiatives locales, concernant une petite population d'élèves (une classe, une école). Les différentes actions menées, après enquête des besoins de la population, sont cloisonnées à un établissement scolaire, rarement coordonnées à un quartier géographiquement proche ou à un bassin de population.

Cependant, notamment dans les Zones d'Education Prioritaire (ZEP), les Réseaux d'Education Prioritaire (REP) ou les zones de prévention de la violence², on voit apparaître de plus en plus d'actions mises en œuvre, en articulation avec les actions de prévention des mairies ou des associations de quartier.

planification de la santé, telles qu'elles sont décrites par PINEAULT et DAVELUY dans leur ouvrage : "la planification de santé : concepts, méthodes, stratégies."(1)

¹ Dossier sur les orientations académiques visant à promouvoir les CESC - Académie de Rennes - juillet 99

² BOEN n° 41 du 20.11.97, annonçant les nouvelles dispositions du plan gouvernemental de lutte contre la violence en milieu scolaire, en particulier la création de neuf sites expérimentaux, répartis sur six académies (Créteil, Versailles, Lyon, Aix-Marseille, Lille et Amiens)

III. Problème

Nous faisons ainsi le constat qu'au niveau local, lors de leurs actions d'éducation à la santé ou de promotion de la santé, les MEN travaillent essentiellement en partenariat interne à l'Education Nationale éventuellement ouvert à des partenaires proches tel les CPAM ou le CRES, mais peu en réseau dans le cadre des nouveaux réseaux initiés par les PRS.

IV. Hypothèses

A partir de ce constat, nous émettons deux hypothèses :

A. Il existerait un problème d'identification par les MEN des articulations entre les acteurs évoluant au sein de ces nouveaux dispositifs :

Notre première hypothèse consiste donc à supposer que les articulations entre acteurs soient mal connues. Il faut d'abord connaître ces services, (DRASS, ARH, CRAM, URCAM, URMELE), leurs orientations et la nature de leur travail avant de pouvoir s'inscrire dans une collaboration :

S'agit-il d'un manque d'information de la part des acteurs intervenants dans les groupes de travail ou de programmation ?

S'agit-il de réticences de la part des MEN face à une nouvelle organisation qui paraît lourde, et la crainte d'une perte d'autonomie dans les décisions et la mise en place d'actions sur leurs secteurs, dont ils estiment connaître suffisamment bien les besoins de santé ?

S'agit-il de réticences liées aux contraintes de la collaboration interprofessionnelle ?

B. il existerait un problème d'adhésion des MEN à des projets dépassant le simple niveau local de leur secteur d'intervention

S'agit-il d'une interrogation sur l'intérêt de s'inscrire dans des programmes régionaux, alors même que les actions entreprises sur le terrain donnent apparemment satisfaction à l'ensemble des professionnels et de la population ?

S'agit-il d'une démarche en terme de planification de santé peu familière des MEN ?

Une telle démarche est-elle intégrée au volet santé du projet académique et si oui, cette politique est-elle perçue comme bénéfique par les MEN pour atteindre l'objectif d'amélioration de l'état de santé des jeunes scolarisés ?

S'agit-il d'un changement impulsé dans le cadre d'une planification descendante ou vient-il de la base ?

V. Méthodologie

Pour tenter de répondre aux questions qui se posent, j'ai choisi la méthode des entretiens semi-directifs comme mode d'investigation.

Le PRS "Challenge" sur les cancers étant le seul engagé à cette date, je me suis limitée à l'interview de personnes ayant participé à ce programme.

Pour les entretiens exploratoires, j'ai choisi la technique des notes.

Pour la deuxième série d'entretiens centrés sur les deux hypothèses, j'ai choisi d'enregistrer les entretiens, avec l'accord des interviewés. Je les ai ensuite retranscrits, puis regroupés par thèmes et confrontés aux différentes hypothèses émises. Ils seront développés au chapitre de l'analyse, et non retranscrits sous forme de résumé comme les entretiens exploratoires, en raison de leur longueur.

A. Entretiens exploratoires

Interviews :

- du Médecin Conseiller Technique du Recteur (MCTR)
- du pilote du PRS "Challenge" sur les cancers
- du pilote du PRS Santé des enfants et des jeunes
- d'un Médecin Inspecteur de Santé Publique à la Direction départementale des affaires Sanitaires et Sociales (DDASS), ayant occupé la fonction de Médecin Conseiller Technique Départemental au sein de l'Education Nationale.

Ces entretiens avaient pour but de préciser les liens entre les institutions : il s'agissait de comprendre comment se met en place cette collaboration, quelles sont les attentes réciproques des institutions.

Il me semblait important de faire préciser ce qu'attend l'Education Nationale d'un travail en cohérence avec les PRS et d'avoir le point de vue des partenaires extérieurs sur les possibilités d'un travail en partenariat avec elle.

Il s'agissait aussi de faire préciser les modalités retenues pour faire connaître ces nouvelles modalités de travail aux acteurs locaux.

Il m'importait aussi de comprendre comment, lors de l'élaboration du PRS, les actions de terrain, à priori centrées sur les besoins de santé de la population, étaient prises en compte dans les différentes phases de cette élaboration.

Un autre thème abordé était de repérer les difficultés concernant le travail interdisciplinaire, au niveau institutionnel ainsi qu'au niveau des actions locales, et de tenter de préciser les atouts et les limites de cette collaboration.

B. Entretiens centrés sur les deux hypothèses

Cette deuxième série d'entretiens avait pour but de mettre en regard de façon précise les propos recueillis et les hypothèses émises.

Interview :

- de l'Infirmière Conseiller Technique Départemental, membre du groupe de programmation du PRS "Challenge" sur les cancers.
- de quatre MEN de secteur ayant participé à un projet d'éducation à la santé dans le Valenciennois s'inscrivant dans une fiche action du PRS "Challenge" (cf annexes-fiche P3bis)

1. Thèmes abordés pour préciser la première hypothèse :

Ces entretiens permettent, en retraçant chronologiquement l'élaboration du projet, de repérer les liens qui se créent entre institutions au niveau départemental et de faire préciser quels sont les acteurs moteurs de tels projets, à l'échelon local. Ceci permet aussi de comprendre comment on apprend à connaître les PRS, et si, par exemple, l'existence de la fiche action du PRS a été le départ du projet des acteurs de terrain.

Il s'agissait aussi de faire préciser les modalités retenues par l'échelon départemental pour informer tous les acteurs locaux de l'Education Nationale amenés à participer à des actions dans le cadre des PRS, et tenter de préciser les modalités de communication.

Un autre thème abordé concerne d'une part, les motivations de cette participation de l'Education Nationale, les attentes et les craintes, les atouts et les enjeux à l'échelon départemental, et d'autre part, l'opinion des acteurs de terrain sur ces thèmes.

2. Thèmes abordés pour préciser la deuxième hypothèse :

Le Médecin Conseiller Technique auprès du Recteur (MCTR), lors de l'entretien initial, m'a signalé qu'un projet académique Santé-Social était en cours d'élaboration, en cohérence avec le PRS Santé des enfants et des adolescents.

Il m'a paru intéressant de recueillir des informations relatives au projet académique encore préliminaire.

Du point de vue des médecins de secteur, il me paraissait intéressant de connaître leur opinion sur les bénéfices d'un volet santé au projet académique, sur leurs motivations d'un travail en réseau et les éventuels besoins de changement ressentis dans la façon d'aborder les actions d'éducation à la santé et sur le changement que représente un travail en réseau dans le cadre du PRS.

Pour conclure chaque entretien j'ai essayé de faire préciser les points forts et les points faibles de cette nouvelle démarche et des nouveaux outils qu'elle propose.

3. Limites de la méthode

Elles portent sur les types de personnes interviewées et sur le fait de s'arrêter, à un moment donné, de prendre en compte les évolutions qui continuent de modifier les données du terrain.

1. Les interviews ne concernent que des personnes investies dans la démarche des PRS ou des MEN de terrain menant des actions d'éducation à la santé au sein d'un réseau constitué depuis plusieurs années et familières du travail en partenariat.
2. Entre le début, en novembre 1999, et la fin de la rédaction de ce mémoire, en juin 2000, les données régionales ont évolué : les quatre PRS Santé des enfants et

des jeunes, Conduite de consommation à risque, Santé cardio-vasculaire, Précarité et Santé ont démarré en mars 2000, avec lancement des appels à projet.

Pour les cinq PRS, 631 projets ont été adressés au secrétariat des PRS en réponse à l'appel d'offre, alors même que le délai de réponse était inférieur à un mois. Parmi eux, 46 réponses émanent de l'Education Nationale.

3. A partir du mois de février 2000, le Médecin Conseiller Technique Départemental a organisé des réunions d'information concernant les PRS au niveau de chaque bassin d'éducation.

VI. Analyse

A. Analyse à l'échelon régional

La première partie de ce chapitre s'appuie sur les entretiens exploratoires menés auprès de médecins représentant leurs institutions pour le niveau régional.

Seul le Médecin Inspecteur de Santé Publique de la DDASS ne répond pas à ce critère. Sa double expérience professionnelle au sein de l'Education Nationale puis à la DDASS, ainsi que le fait qu'il ne soit pas engagé personnellement dans un PRS apporte un éclairage intéressant et autorise d'inclure son discours à l'échelon régional.

Les résumés de ces entretiens nous aident à comprendre les logiques et dégager les enjeux à l'échelon régional.

La deuxième partie de ce chapitre, donne la synthèse et le croisement des discours.

1. Logiques et enjeux

a) Selon l'Académie de Lille

A l'échelon régional du Service de Promotion de la Santé en faveur des Elèves, le Médecin Conseiller Technique auprès du Recteur (MCTR) interviewé m'indique que l'Académie de Lille est une Académie pilote depuis septembre 99 ce qui se traduit par :

- La volonté du Recteur, en matière d'actions de santé publique, de cohérence entre les initiatives locales au niveau des établissements scolaires et la politique académique, ainsi que la volonté de renforcer les actions à ces deux niveaux. Le pilotage académique se fait avec les conseillers techniques académiques et départementaux sur la base des projets locaux et des actions menées dans le cadre des Comités d'Education à la Santé et à la Citoyenneté (CESC).

- La mise en place de coordonnateurs de bassins qui ont pour mission de répercuter au niveau de chaque bassin la politique rectorale, notamment en matière de promotion de la santé et de favoriser la création de CESC à l'ensemble des établissements scolaires de l'Académie. Dans une logique de partenariat de terrain et dans le but d'une synergie des actions, une formation CESC sera proposée à tous les partenaires à l'échelon des bassins.

Ainsi ce projet rectoral se traduit par la volonté de mise en synergie des actions, et par la mise en place d'un partenariat entre institutions, notamment avec le Conseil Général et la DRASS sans ignorer les partenariats déjà existants sur lesquels s'appuient les PRS tels que les contrats Etat-Régions, la politique de la ville, les actions de prévention du Conseil Général, des CPAM, etc. et dont l'Education Nationale peut bénéficier.

A propos de l'articulation PRS / Education Nationale, le Médecin Conseiller Technique auprès du Recteur (MCTR) m'indique qu'une collaboration effective fonctionne déjà bien : dans chaque PRS, des représentants de l'Education Nationale participent régulièrement et s'investissent activement.

A l'époque de cet entretien, un volet Santé-Social du projet académique global, se calant sur les PRS, était en cours d'élaboration par les conseillers techniques du Recteur.

Cet avant-projet Santé-Social est une réflexion commune de tous les partenaires sur les moyens à mettre en œuvre pour faire avancer le nouveau projet académique.

L'avant-projet est aussi un projet d'objectifs remis au Recteur, qui évoluera en projet d'actions ou de préconisations d'actions avec un recensement d'actions "phares" (environ 40) en lien direct avec les PRS. De nombreux objectifs de ce projet Santé-Social recourent les objectifs du PRS santé des enfants et des jeunes.

Ainsi l'Education Nationale et les PRS ont des buts semblables et des tâches qui se chevauchent et ce médecin voit dans l'arrivée des PRS le changement suivant pour l'Education Nationale :

avant l'arrivée des PRS, les différents partenaires extérieurs menaient leurs actions au sein des établissements : ils **entraient à l'école** pour y mener leurs actions. Actuellement, la nouvelle démarche impulsée par l'existence des PRS, avec la

cohérence des actions, permet à l'Education Nationale d'ouvrir ses portes : elle rencontre les partenaires et travaille avec eux **hors des murs de l'école**. Cette cohérence entraîne aussi une perte de pouvoir : ce n'est plus une institution qui mène seule ses actions.

"La conséquence c'est que la bâtisse perd en solidité mais on reste gagnant parce qu'on tisse des liens."

b) Selon les services déconcentrés de l'Etat : DDASS et DRASS

Le Médecin Inspecteur de Santé Publique Pilote du PRS "Challenge" sur les cancers m'a fait l'historique du PRS Challenge en prenant comme date de démarrage la Conférence Régionale de Santé de 96. Il s'est appuyé sur les très nombreux documents concernant les PRS qu'il m'a remis et dont quelques-uns sont reproduits en annexe.

Ce qu'il voit de très important, c'est la rencontre de tous les partenaires clés impliqués dans la lutte contre le cancer, qu'il s'agisse d'enseignement, de formation, de recherche ou de prévention (prévention des déterminants du cancer, promotion de la santé, prévention spécifique) ainsi que tous les partenaires centrés sur le dépistage, le soin, l'accompagnement et les soins palliatifs permettant de déboucher sur trois aspects nouveaux :

- En tout, 40 partenaires ont été vus un par un, il s'est donc agi d'une **démarche partenariale très importante** : ceci consiste selon lui en une première grande nouveauté.
- La deuxième grande nouveauté consiste dans le fait d'avoir pu **réunir autour d'une même table des personnes qui n'ont absolument pas l'habitude de se rencontrer ni de confronter leurs approches professionnelles** : par exemple la CRAM et des associations de malades, le Conseil Général et le Conseil Régional.
- La troisième grande nouveauté consiste dans le fait de **se donner un calendrier sur 15 ans**.

Ce médecin pointe comme autre point fort le fait que la réalité régionale devienne une réalité territoriale et que les objectifs sont clairs et partagés par tous les partenaires.

Le Médecin Inspecteur de Santé Publique Pilote du PRS Santé des enfants et des jeunes m'a présenté le PRS, en insistant sur la démarche de réflexion qui a présidé à son élaboration.

L'originalité de ce PRS, réside dans la façon d'aborder les problèmes : l'enfant est au centre d'un système constitué par la famille, l'école, les pairs, le quartier et les autres lieux de socialisation. Il s'agit d'une approche écologique : à partir de cercles concentriques autour de l'enfant, sont analysés les déterminants qui influencent de façon positive le développement et l'adaptation du jeune et ceux qui constituent les facteurs de vulnérabilité.

La mobilisation des acteurs et des organisations en faveur de ce public est déjà notable ; ce qui est pointé, ce sont les lacunes en matière de cohérence, de complémentarité, de lisibilité et d'évaluation. Le PRS souhaite y répondre en proposant 3 axes prioritaires :

- Naître et grandir dans des conditions physiques, psychoaffectives et sociales satisfaisantes.
- Favoriser le développement harmonieux des enfants et des jeunes et leur capacité d'insertion dans la société.
- Améliorer la connaissance sur la santé des jeunes et sur les représentations.

Les points forts de ce PRS sont aux yeux de ce médecin :

Le **changement de regard** sur les manières d'aborder les problèmes posés par les jeunes

Le **changement de logique** dans la façon de faire.

Le **changement de cohérence** entre acteurs.

Au moment de l'entretien ce PRS en était aux objectifs opérationnels.

Le Médecin Inspecteur de Santé Publique de la DDASS décrit les initiatives telles que les PRS intéressantes pour deux aspects :

- Pour la concrétisation dans des résultats
- Pour le processus qui les a fait naître

L'évaluation doit porter sur ces deux aspects : processus et résultats.

La programmation et la planification rompent en partie avec la "tradition colbertiste" et la façon d'aborder les problèmes de santé sous l'angle unique des soins curatifs. La planification consiste à **observer, discuter** c'est-à-dire **se concerter pour définir des objectifs, faire et évaluer**. On parle donc de culture nouvelle, bien que cette manière de procéder soit universelle et ancestrale. Cette logique de programmation dépasse la logique institutionnelle à travers l'objectif essentiel de la santé publique qui est l'intérêt de la population.

Cette culture s'implante petit à petit. On le voit à travers la loi sur la précarité qui a été planifiée et où existe une logique de projet.

Or à l'Education Nationale, le système était un système traditionnel qui s'oppose à cette logique de projet. Il existe actuellement une volonté ministérielle pour créer un courant de type planificateur avec une démarche de santé communautaire. Actuellement le Recteur souhaite que cette nouvelle logique soit appliquée. "La vieille logique institutionnelle se bat contre la nouvelle logique". En prolongement de ces deux logiques, "populationnelle" et "institutionnelle", existent du point de vue du MISIP d'autres dialectiques dont les points de rencontre permettent la collaboration interinstitutionnelle :

- Logique PRS / Logique Projet Académique :

Dans la logique des PRS, le souci de recréer une cohérence est lié à la multiplicité des programmes notamment en matière de dépistage et de prévention primaire. Il en résulte la nécessité de trouver des personnes capables d'amener les gens à travailler ensemble, à l'interface entre les PRS et du Service de Promotion de la Santé en Faveur des Elèves.

La question qui se pose est alors de savoir si les acteurs de l'Education Nationale seront liés systématiquement à une double hiérarchie : logique institutionnelle et logique extérieure ?

- Logique Service de Promotion de la Santé en Faveur des Elèves / Santé Communautaire :

Il faudrait que le Service de Promotion de la Santé en Faveur des Elèves puisse avoir une logique plus communautaire qu'institutionnelle. Ce service a de nombreux atouts pour ce faire, la santé scolaire étant au carrefour des données. Par ailleurs, localement, la santé scolaire est en contact avec un maximum de partenaires internes ou externes à l'institution notamment par le biais des CESC qui est un outil extraordinaire pour planifier, programmer, projeter une modulation des actions.

- Synthèse des logiques : PRS / Service de Promotion de la Santé en Faveur des Elèves / Santé Communautaire :

Il existe incontestablement un carrefour de logiques avec de nombreux recoupements, lorsqu'il s'agit de la santé des jeunes notamment.

De plus des circulaires fondent les PRS, et nos circulaires Education Nationale incitent à la programmation.

Le recoupement de la pratique des actions réalisées à l'Education Nationale avec la logique de programmation donnerait une logique communautaire.

Pour l'instant, conclut-il, toutes ces dynamiques n'en sont qu'à leurs débuts, il s'agit donc dans un premier temps d'examiner les vraies participations et rechercher dans quel sens elles vont. Les propositions viendront ensuite," le Service de Promotion de la Santé en Faveur des Elèves étant un formidable service de promotion de la santé et de santé communautaire, optimisant la vie de la population et les missions de l'institution, en partenariat interne et externe".

2. Synthèse et croisement des discours

a) Thèmes communs

Un certain nombre de thèmes communs peuvent être dégagés de ces entretiens qui résument de façon très concrète la démarche de planification par programme telle qu'elle est décrite théoriquement¹.

(1) Le point de départ : les besoins de santé de la population.

Que ce soit le Pilote du PRS sur les cancers ou le Pilote du PRS Santé des enfants et des jeunes, les PRS partent des priorités de santé définies lors de la Conférence Régionale de Santé de 1996. Le Pilote du PRS Santé des enfants et des jeunes montre combien dans leur approche l'enfant est mis au centre des préoccupations du planificateur. Il s'agit bien d'une démarche de santé communautaire.

Concernant l'Education Nationale, la prise en compte des besoins de la population est un but à atteindre et représente pour le Médecin Inspecteur de Santé Publique un changement d'importance à mettre en place les prochaines années.

¹ "La planification par programme prend comme point de départ les problèmes de santé d'une population pour laquelle un organisme a une responsabilité sur le plan sanitaire. Dans ce sens, la planification par programme épouse une approche de santé communautaire. Les problèmes de santé sont définis en termes d'indicateurs épidémiologiques, mais également en termes d'indicateurs qui peuvent refléter la perception de la population elle-même de son état de santé actuel et désiré. Par la suite, les priorités sont définies en tenant compte de l'importance objective et subjective des problèmes identifiés et la possibilité d'apporter des solutions efficaces, économiques et acceptables à ces problèmes.

La planification du programme commence véritablement à la fixation des objectifs et trouve son prolongement dans la structuration des activités et des ressources. Enfin la mise en œuvre du programme correspond à la planification opérationnelle. La dernière étape est l'évaluation et fait partie intégrante du processus de planification.

L'un des avantages de cette approche est qu'elle s'applique autant au secteur préventif que curatif",
in,

PINEAULT Raynald, DAVELUY Carole, *La planification de la santé : concepts, méthodes, stratégies* – Montréal, Editions Nouvelles, 1995

Chacun décrit par ailleurs, en l'état actuel d'avancement des actions, la volonté de **faire participer** davantage **la population**. Cette volonté est clairement exprimée, mais il semble que cela constitue une difficulté réelle non résolue.

(2) La nécessité d'une réflexion commune préalable à la création de cohérence

Créer cette cohérence, de l'avis de ces 4 personnes, oblige à trouver un **langage commun**, une "**culture commune**" comme l'ont dit certains, afin de pouvoir **fixer des objectifs**. Les différentes institutions représentant aussi différentes disciplines, n'utilisent pas forcément les mêmes concepts. Cette phase de réflexion préalable est décrite par tous comme facteur essentiel de cohésion du projet et comme phase extrêmement enrichissante. Les difficultés liées à la multidisciplinarité ne sont pas évoquées comme limitantes mais comme richesse pour l'analyse des situations. Le travail et les échanges entre professionnels d'horizons et d'intérêts différents sont vécus très positivement, un enthousiasme certain se dégage de l'ensemble de ces interviews. Il est clair pour la région Nord-Pas-de-Calais que d'une part, le **contexte socio-économique**, la situation sanitaire dégradée de notre population rendent la **nécessité d'agir** plus urgente qu'ailleurs, et que d'autre part, la **tradition de collaboration et de partenariat**¹ préexistante dans cette région, sera très certainement déterminante pour la réussite des PRS.

(3) La nécessité ressentie par tous de créer une cohérence entre les différentes actions.

C'est en raison de l'existence d'actions très nombreuses, mises en place par différents organismes, sans articulation entre elles, que naît ce besoin de structuration des ressources. Chacun faisant sa propre politique de santé, au gré de l'actualité, des "modes" et des groupes d'intérêts, une utilisation pertinente des ressources disponible apparaît nécessaire afin d'harmoniser l'ensemble et de le rendre plus efficace pour améliorer l'état de santé de la population.

¹ J.J LOTTIN in Contact Santé – n°146 février 2000

Plus spécifiquement, pour le Médecin Conseiller Technique auprès du Recteur (MCTR), la volonté de cohérence, de mise en synergie des actions, traduite par la volonté de renforcer les actions et de mettre en place un partenariat entre institutions montre à quel point une "culture de santé publique" émerge au sein de l'Education Nationale. La mise en place d'une démarche de projet, tel que le volet Santé-Social du projet académique illustre aussi cette volonté rectorale. La création de la fonction d'administrateurs de bassin, capables de relayer cette politique académique et capables d'amener les personnels à travailler avec l'ensemble des partenaires, dans et hors Education Nationale, représente une étape concrète dans cette démarche de planification.

(4) L'importance de se donner du temps,

pour voir aboutir l'émergence d'une nouvelle culture de santé publique au niveau régional et pour évaluer les résultats, le but ultime étant bien entendu, l'amélioration de l'état de santé de la population. Comme nous l'ont signalé les pilotes des PRS, un effort très important d'éducation et de promotion de la santé est engagé sur le long cours. Le "chantier" durera 15 à 20 ans, avec des résultats tangibles attendus d'ici 5 à 7 ans.

(5) La mise en place d'actions diversifiées pérennes, alliant proximité et complémentarité

Pour le moment, comme nous l'avons déjà dit, seul le PRS Challenge est en route. Pour les autres PRS, il reste à préciser les moyens administratifs, les moyens humains, à finaliser les objectifs opérationnels et à prévoir la professionnalisation des acteurs par des formations spécifiques.

b) Thèmes spécifiques

Un certain nombre de thèmes plus spécifiques est relevé à partir du discours du Médecin Inspecteur de santé Publique à l'échelon départemental.

Il analyse les difficultés lors de l'articulation Education Nationale / PRS, en terme d'opposition de logiques : pour lui, l'approche axée sur les besoins de la population telle que préconisée dans les PRS et l'approche organisationnelle ou institutionnelle telle qu'elle existe actuellement encore le plus souvent à l'Education Nationale s'opposent.

Dans la "logique populationnelle", le point de départ est la population et les organismes de services doivent s'y ajuster. Dans l'approche "organisationnelle, la population est un élément important dans la démarche de la planification mais il n'est pas déterminant. L'accent est d'abord mis sur les forces internes de l'organisation, sur les ressources actuelles et celles qu'elle peut acquérir et ensuite sur l'environnement externe vu comme un ensemble de contraintes".¹

Cette opposition amène ce médecin à évoquer une double hiérarchie à laquelle seraient soumis les membres de l'Education Nationale participant à des actions dans le cadre des PRS lors d'un travail partenarial effectif à l'échelon local.

Est-ce d'une double hiérarchie ou d'une double logique dont voulait parler ce médecin ?

L'hypothèse d'une double hiérarchie revient à considérer les PRS comme une "institution" nouvelle, se rajoutant aux autres. Cette réflexion me semble traduire un des freins majeurs à la compréhension du mode de fonctionnement des PRS, peut-être sous-tendue par la critique dont est parfois la cible l'approche par programme, qui y voit "un instrument aux mains de technocrates renforçant le pouvoir de ces derniers"². Il s'agit d'une critique sévère, l'ensemble des personnes rencontrées occupant une place de responsabilité dans les PRS se disent conscient de cet écueil et sont très vigilants afin de l'éviter.

¹ PINEAULT Raynald, DAVELUY Carole, *La planification de la santé : concepts, méthodes, stratégies* – Montréal, Editions Nouvelles, 1995

² Idem

L'hypothèse d'une double logique exprime les éventuelles difficultés du travail sur le terrain. Nous verrons plus loin, lors de l'analyse des entretiens des MEN que lors des actions locales impulsées par la volonté des acteurs eux-mêmes, le travail s'inscrit plus en terme de réseau et donc de partage, qu'en terme de hiérarchie.

Malgré cette opposition de logiques, présentées comme une **difficulté à surmonter**, le Médecin Inspecteur de Santé Publique pointe les atouts du Service de Promotion de la Santé en Faveur des Elèves, "au carrefour des logiques", qui est un élément dont il faut savoir tirer parti. Comme les autres personnes interviewées, il insiste sur la nécessité de se donner du temps, cette nouvelle "culture de santé publique" n'en étant qu'à ses débuts en France.

Cependant, tout projet de santé publique dépend d'un contexte plus large en raison des forces socio-politiques conjoncturelles et des valeurs sociales du moment ce qui permettra d'après le Médecin Inspecteur de Santé Publique de confronter ces logiques dans une interaction positive.

En effet, il apparaît clairement actuellement, que l'ensemble des institutions ayant en charge l'amélioration de la santé de la population, qu'il s'agisse de prévention ou de soins curatifs, doit agir de façon complémentaire à l'égard d'un environnement qu'ils doivent se partager. Ainsi cet environnement que constitue la population devient un élément déterminant et, en partie à cause de la responsabilité sociale et de la nature publique de la mission de ces institutions, la perspective populationnelle doit être privilégiée¹.

On peut en conséquence penser qu'en raison du type même du travail effectué lors des actions d'éducation ou de promotion de la santé localement, la logique populationnelle sera privilégiée par les acteurs de terrain et comprise par les partenaires.

Il ressort de ces entretiens, que les points forts de la mise en place de ces PRS sont l'adoption par tous d'un langage commun de santé publique et l'évolution culturelle dans le regard porté sur la santé. Chacun pense que l'existence des PRS permettra

¹ PINEAULT Raynald, DAVELUY Carole, *La planification de la santé : concepts, méthodes, stratégies* – Montréal, Editions Nouvelles, 1995

une accélération de cette évolution, par la prise de conscience par un grand nombre d'organisations et de personnes de l'intérêt d'une démarche communautaire.

B. A l'échelon départemental et local

Dans ce chapitre sont analysés et croisés les discours recueillis auprès de l'Infirmière Conseillère Technique Départementale et des MEN de terrain, en regard des deux hypothèses émises.

1. Problème d'identification par les MEN des articulations entre acteurs à l'échelon local

Rappel rapide des éléments de la première hypothèse :

- éventuel manque d'informations des MEN, concernant les PRS et les différents services impliqués dans le partenariat
- réticences liées à un nouveau mode d'organisation lors des actions sur le terrain, entraînant de nouvelles difficultés lors de la collaboration.

Concernant l'hypothèse de manque d'information des acteurs de terrain par rapport aux PRS et les différents services impliqués dans le partenariat, l'Infirmière Conseillère Technique Départementale se place dans la perspective d'un **manque de formation** des personnels **en santé publique**, bien plus que dans un manque d'information. Ce manque de formation en santé publique est à nuancer pour les médecins : en effet, tous les médecins titulaires ont bénéficié d'une formation initiale en santé publique.

Pour autant elle nous décrit précisément les différents modes de transmission de l'information à l'Education Nationale. Chaque institution, pour sa part, faisant redescendre l'information selon des modalités qui lui sont spécifiques.

1. **L'information a lieu dans le cadre de la formation continue** : le Pilote du PRS Challenge sur les cancers avait été invité lors d'une réunion de fin d'année des MEN afin de leur présenter ce PRS et les conditions pour y participer. Pour les infirmières de l'Education Nationale, une autre réunion d'information dans le cadre de la formation continue a également été organisée.
2. **Une information descendante** : depuis cette année, grâce à l'existence des coordonnateurs de bassin, l'information se fera au niveau des secteurs par leur intermédiaire.
3. **Une information horizontale** : les acteurs de terrain menant déjà des actions intéressantes et reprises dans les fiches actions du PRS ont été conviés par l'Education Nationale à mettre en lien tous les acteurs de terrain localement. Ceci demande d'être fait par territoires, afin de recréer des liens locaux, de favoriser des dynamiques de terrain au travers de formations multipartenariales (Education Nationale, Centre d'Hygiène Alimentaire et d'Alcoologie, CRES par exemple), comme ceci a eu lieu dans le bassin de Dunkerque, de Lens et Valenciennes d'où est tiré cet exemple de mode d'information horizontale. C'est l'addition de cette information et des liens créés qui permet l'émergence de demandes de terrain.

Ainsi les PRS permettent, par une impulsion hiérarchique, de faire émerger la demande du terrain. A l'inverse, les demandes ou les besoins du terrain obligent les gens à se rencontrer d'où l'élaboration de fiches actions et éventuellement demande de financement dans le cadre des PRS.

4. **Information interinstitutionnelle fournie par la DRASS à l'Education Nationale :**

- Les PRS se font connaître par l'intermédiaire des fiches actions qui sont à remplir par les personnes intéressées lors de l'appel d'offre faite par chaque PRS. C'est ce qui s'est passé en mars 2000, lorsque les quatre PRS sont entrés dans la phase de mise en œuvre et ont adressé à l'ensemble des partenaires potentiels des appels à projet. Concernant le PRS Santé des enfants et des jeunes, 43 réponses émanant d'acteurs locaux du Service de Promotion de la Santé en Faveur des Elèves ont été adressés après l'appel d'offre.
- Les PRS se font connaître enfin par l'intermédiaire d'outils qu'ils financent : l'Education Nationale propose ces outils aux acteurs de terrain lors de leurs actions locales, outils élaborés et présentés par des formateurs du CRES.

(Exemple : les amis de mon jardin, fiche action P3bis du PRS sur les cancers - voir annexes)

Les PRS ont ainsi un rôle de pédagogie, de formateur des professionnels et de promotion de nouveaux outils de prévention.

Du point de vue de l'Infirmière Conseillère Technique Départementale, le manque d'information ne semble pas un motif majeur de méconnaissance des PRS, puisqu'elle est convaincue que si les acteurs sont formés en santé publique, alors ils seront aussi sensibilisés à ce type de démarche partenariale. Les MEN interviewés par contre, disent manquer d'**informations pratiques** concernant les PRS. Ils savent qu'ils se mettent en place, attendent une réunion d'information très prochaine et sont surtout désireux de comprendre les articulations et les modalités de collaboration. Ils utilisent sur leur secteur depuis septembre 99 un outil financé par le PRS, et présenté par le Comité Régional d'Education à la Santé dans le cadre d'une action sur l'alimentation. (Fiche action P3bis – voir annexes). Cette action a donc débuté avant l'appel à projet du PRS, et illustre comment certaines actions déjà en route sur le terrain ont été reprises par un PRS en raison de son intérêt par rapport aux objectifs des PRS.

Ces MEN ne perçoivent donc pas de nouveauté dans le mode d'organisation de leurs actions sur le terrain depuis l'existence du PRS "Challenge" sur les cancers.

Ainsi, un manque d'information concernant la place et le rôle de chaque institution dans le dispositif mis en place par les PRS est exprimé par les médecins de secteurs, bien que plusieurs modalités de circulation de l'information soient mises en place par les responsables rectoraux et départementaux. Dans le cours terme, il s'agit de nuancer cette constatation puisque nous sommes au démarrage de la mise en œuvre des PRS.

Concernant d'éventuelles réticences de la part des MEN face à un nouveau mode de fonctionnement lors du travail en partenariat en articulation avec les PRS et les réticences liées aux contraintes de la collaboration interprofessionnelle, une grande difficulté du point de vue de l'Infirmière Conseillère

Technique Départementale pour l'identification des articulations entre acteurs réside dans le fait que de **nombreuses actions thématiques** sont **transversales à plusieurs PRS**.

A partir du moment où les autres PRS ont commencé à travailler, certaines actions du PRS "Challenge" sont passées à d'autres PRS. (Même au sein des groupes de travail thématiques du PRS "Challenge", certains groupes se sont sentis dépossédés).

Le repérage pour les personnes des différents intervenants sera donc difficile en raison du nombre des PRS et de la multiplicité des thèmes. Il sera probablement déroutant d'adresser une fiche action à un PRS et voir qu'elle revient validée par un autre PRS.

Un travail de terrain est possible malgré les difficultés de repérage, si les institutions qui travaillent déjà en partenariat au niveau régional, favorisent la lisibilité de leur cette collaboration pour le niveau local et si elles désirent un effet concret sur le terrain. Les exemples qu'on peut déjà citer sont ceux du travail en partenariat dans les établissements dans le cadre des CESC : on sait que c'est la volonté des décideurs qui favorise la collaboration.

La crainte d'une perte d'autonomie des acteurs de terrain dans la mise en place de leurs actions peut expliquer en partie les réticences au travail en partenariat ou en réseau. Les acteurs locaux peuvent ressentir cette perte d'autonomie lorsque la logique de la collaboration semble s'opposer à la logique de la professionnalisation qui leur est plus familière et leur font vivre des conflits de valeur quant à leur rôle d'expert. Ces réticences peuvent être levées par une dynamique de service qui peut impulser un état d'esprit d'ouverture et de partage des compétences entre acteurs de terrain amenés à travailler ensemble localement. La définition d'objectifs de santé par le service par exemple, peut légitimer des choix opérés par les MEN sur leurs secteurs d'intervention et favoriser la cohésion des équipes de terrain grâce à un consensus autour de ces objectifs clairs et partagés. Si les personnes d'encadrement sont convaincues, elles pourront alors faire évoluer les professionnels de terrain.

Selon les informations recueillies auprès des MEN, l'arrivée des PRS n'éveillent pas de craintes particulières à priori.

Il apparaît ainsi que les acteurs locaux travaillant déjà localement en collaboration avec des partenaires extérieurs ne verront dans les faits que peu de changements dans leur mode de fonctionnement.

Il est intéressant de noter que les MEN qui participent à une action proposée par l'Education Nationale, fournie par le CRES, n'ont pas fait de correspondance avec la fiche action du PRS Challenge, ce qui va dans le sens d'un manque d'information.

Ainsi bien que de nombreux modes de communication de l'information soient prévus au sein de l'Education Nationale il persiste des maillons faibles en pratique dans la transmission de l'information notamment quand le partenariat fait intervenir des acteurs locaux d'institutions différentes.

Sur le terrain, il faut relayer cette collaboration au niveau des territoires, au niveau d'un établissement, d'un quartier. L'évaluation de l'évolution du travail interdisciplinaire se fera à cinq ans.

Le rôle du rectorat et de ses conseillers techniques notamment, est important pour faire évoluer les représentations des personnes par rapport aux problèmes de santé, par rapport à leur vision du rapport école / santé. Ce qui est important, c'est la dynamique des personnes sur le terrain, qu'il faut savoir respecter.

Des relais importants tel le CRES et les CPAM, vont mettre en place des réseaux locaux.

Les MEN expriment à propos de leurs expériences de terrain, au sein des réseaux locaux qu'ils ont pu constituer ou dans lesquels ils ont pu s'intégrer, leur grande satisfaction du travail avec des professionnels d'autres horizons. Le partage de l'information et des expériences au sein du réseau, est décrit comme une richesse, et une aide, lors de la mise en place d'actions nouvelles.

Cette collaboration permet aussi une meilleure reconnaissance de leur rôle et l'acquisition d'une confiance lors de la collaboration avec ces partenaires pour d'autres missions est un atout indéniable.

Par contre, bien que la collaboration interprofessionnelle fonctionne bien dans leurs secteurs et depuis plusieurs années, ces médecins repèrent comme fragilité de leur réseau le fait qu'il fonctionne grâce à l'investissement personnel de chacun et à la connaissance personnelle des acteurs, antérieure au réseau.

Cette fragilité pourtant est relative. Basé sur une équipe stable, doté de règles consensuelles et de mécanismes d'ajustement au cas par cas, ce réseau semble au contraire solide grâce à la bonne connaissance des acteurs entre eux et surtout grâce à l'établissement d'une relation de confiance. La conjonction de ces deux éléments favorise l'émergence d'un partage des responsabilités, véritable lieu de constitution du travail collectif¹.

2. La démarche de planification de santé : une démarche peu familière pour les MEN ?

Rappel rapide des éléments de la deuxième hypothèse :

- Le changement impulsé dans le cadre d'une démarche de planification est-il perçu comme bénéfique par les acteurs de terrain ?
- Des changements dans les pratiques professionnelles sont-elles déjà notées sur le terrain ?

En réponse à cette hypothèse, l'Infirmière Conseillère Technique Départementale, relève que l'arrivée des PRS est d'un grand intérêt dans l'actualisation de la santé publique pour les personnels de l'Education Nationale et aura pour conséquence une évolution dans les pratiques professionnelles. C'est un état d'esprit qui est en train de se mettre en place et c'est donc dans le long terme que les choses vont changer. Il faut laisser le temps aux personnes pour changer leurs pratiques professionnelles et être très humble en tant que responsable départemental dans la volonté de changement.

Comme nous l'avons déjà évoqué, au-delà d'un manque d'information, ce manque de familiarité dans la démarche de planification est lié au fait que la formation en santé publique n'est pas une formation reçue par tout le monde et qui s'intègre depuis relativement peu de temps dans la formation initiale au cours des cursus

¹ Danielle D'AMOUR, Claude SICOTTE, Ron LEVY, *L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé*, *Sciences Sociales et Santé*, septembre 1999, Vol. 17, n° 3, p.67-93

universitaires ou, pour les professionnels ayant une formation en santé publique, lors de la formation continue. De plus **les professionnels sur le terrain** ayant une formation en santé publique et pouvant jouer un rôle moteur au niveau des secteurs sont peu nombreux et **ont du mal à appliquer et à faire comprendre cette démarche**. Même connue, la mise en œuvre de la démarche n'est pas toujours réalisée. C'est donc par la formation des personnels en santé publique, permettant de changer le savoir et le savoir-être, qu'on pourra changer le savoir-faire.

Une deuxième raison explique cet état de fait : la **démarche** est peu familière parce qu'elle est **nouvelle** : le PRS "Challenge" est le seul en route avant mars 2000, la première action du PRS "Challenge" n'a débuté qu'en mars 98. On ne dispose ainsi d'aucun recul ; les premières évaluations concernant les pratiques n'auront lieu que dans cinq ans.

L'objectif général dans une telle démarche de planification est de prendre le temps d'écouter les acteurs de terrain pour espérer bouger leurs pratiques, les faire réfléchir et les faire se poser les bonnes questions. Il faut partir de leurs préoccupations et il faudra faire preuve d'une certaine souplesse lors de la mise en œuvre des actions dans le cadre des PRS et savoir au niveau institutionnel ne pas formuler des demandes de façon trop autoritaire ou trop pressante.

Du côté des MEN, deux médecins sur quatre parlent de leur formation en santé publique et connaissent donc la démarche de planification. Ils disent que néanmoins, les actions sur le terrain sont menées en fonction des besoins ressentis par les professionnels, selon une logique qui leur est propre, en fonction de critères liés à la nature des établissements, à la personnalité des partenaires et à leurs motivations, et peu en fonction de besoins exprimés par les élèves eux-mêmes. Ceci est surtout vrai à l'école maternelle et élémentaire : on "plaque " des projets, dit l'un ; "pour se faire plaisir" dit l'autre. Dans les collèges, les demandes des jeunes sont de plus en plus formulées et entendues. Il existe de leur point de vue incontestablement un changement à ce niveau.

Concernant le projet académique Santé-Social :

Il est difficile **pour l'Infirmière Conseillère Technique Départementale** de donner une réponse puisqu'il s'agit d'un avant-projet. Cinq grands axes ont été définis (cf annexes), les objectifs du PRS santé des jeunes et ceux du projet académique vont dans le même sens.

Les objectifs seront communs puisque les constats se basent sur les mêmes données épidémiologiques et parce qu'une grande partie de la population est commune. La publication de ce projet académique Santé-social aura un rôle d'information et un rôle pour impulser les PRS dans le Service de Promotion de la Santé en Faveur des Elèves.

Pour les MEN, les changements apparus cette année sont liés à l'existence des administrateurs de bassin. Cependant, ils s'interrogent sur les raisons du choix d'une action transmise par l'administrateur scolaire de bassin, et expriment la crainte d'une uniformisation des thèmes de travail dans les secteurs lors de la mise en œuvre du projet académique. Ils expriment également le sentiment de devoir alors s'impliquer de façon obligatoire dans certaines actions d'éducation pour la santé et se sentent dépossédés de leur esprit d'initiative. Ils craignent aussi être obligés de délaisser des projets déjà mis en route ou jugés plus utiles de leur point de vue.

Ils démontrent dans cette situation leur capacité d'être des "acteurs stratégiques", capables de se préserver une marge de manœuvre afin de maintenir leur travail en réseau et de revendiquer ensuite face à la régulation académique une autonomie pour leur action collective¹.

De l'exemple du travail en partenariat de ces MEN, on pourra aussi retenir que la diffusion de l'information et la communication paraissent pouvoir être améliorés au niveau de l'échelon local. Il serait dommage qu'une mauvaise communication et les zones d'ombre qu'elle engendre, laisse place à des à priori de méfiance et à une moindre motivation des personnes dynamiques qui ne se sentent plus assez valorisés dans leurs initiatives.

¹ M. CROZIER et E.FRIEDBERG, *L'acteur et le système*, Paris, Le Seuil, 1977 cité, Danielle D'AMOUR, Claude SICOTTE, Ron LEVY, *L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé*, *Sciences Sociales et Santé*, septembre 1999, Vol. 17, n° 3, p.67-93

VII. Discussion – Propositions

Ainsi, après l'analyse de ces différents entretiens, nous constatons qu'il est difficile, pour la compréhension du problème posé par l'articulation des actions locales des MEN au sein du Service de Promotion de la Santé en Faveur des Elèves en lien avec les PRS, de ne tenir compte que des difficultés rencontrées par les acteurs de terrain.

Un manque d'information ou un manque d'adhésion à des programmes de santé publique ne sont de loin pas seuls en compte. Cinq points de discussion se dégagent de l'analyse et permettent d'explorer quelques voies pour l'avenir.

Il s'agit :

- des modes de **circulation de l'information** à mettre en lien avec la **nouveauté du dispositif** ;
- de la **dynamique de service** indissociable de la **volonté des acteurs locaux**, non pour imposer un travail en collaboration localement, mais pour le légitimer et lui apporter la cohérence indispensable à l'efficacité ;
- des difficultés et des enjeux à la **mise en œuvre d'une démarche de santé publique** partagée par l'ensemble des partenaires des équipes locales ;
- des difficultés mais aussi des perspectives qu'ouvrent le **travail en partenariat et/ou en réseau à l'échelon local** ;
- de la nécessité et des atouts d'un **travail en collaboration au niveau institutionnel**;

Nous avons vu qu'un effort important d'information des personnels a lieu actuellement au sein du Service de Promotion de la Santé en Faveur des Elèves. Ces informations concernent certes le fonctionnement théorique du partenariat plus que l'articulation pratique entre acteurs au niveau local et certaines zones d'ombres persistent concernant cette identification des articulations.

Mais la difficulté majeure à la compréhension de ces articulations réside dans le fait que nous sommes au début de la mise en œuvre des PRS : il est évident que plus

nombreuses seront les équipes qui collaboreront localement, plus les informations circuleront et seront connues entre acteurs locaux notamment.

La nouveauté de ces nouveaux dispositifs ne permet pas encore d'avoir un recueil d'expériences concrètes suffisantes pour toutes les situations rencontrées par le large public d'acteurs locaux.

Une dynamique de terrain naîtra de l'échange d'informations et d'expériences entre acteurs locaux, qui doit être légitimée par une dynamique de service.

C'est pourquoi une impulsion hiérarchique est indispensable et n'est pas contradictoire avec le postulat de départ des PRS qui repose sur la volonté des acteurs. Au contraire, la rencontre de la volonté des décideurs et de la volonté des équipes de terrain, légitimées par leur hiérarchie, est le gage certain d'une augmentation du nombre d'actions menées en collaboration Education Nationale / PRS. Cette impulsion hiérarchique doit simplement rester vigilante à minimiser la rigidité des règles et des demandes, afin de désamorcer des conflits préjudiciables au travail des équipes et à leur collaboration.

Nous constatons que les acteurs interviewés sur le terrain sont favorables à la démarche en terme de santé publique et mènent des actions au sein d'un réseau stable depuis plusieurs années. La limite à la généralisation de cette affirmation est bien entendue liée à la représentativité de ces MEN au sein de leur corps professionnel.

L'adhésion à une démarche de santé publique est liée à la formation des personnels dans ce domaine. La formation progressive en santé publique d'un plus grand nombre d'acteurs de l'Education Nationale ayant à s'investir dans les programmes de promotion de la santé permettra, au fil du temps, que s'instaure une "culture de santé publique" et un changement de regard sur les problèmes de santé. L'un des objectifs des PRS, par ailleurs, est d'amener l'ensemble de la population à opérer ce changement de regard.

Il apparaît actuellement qu'un des problèmes majeurs pour les MEN qui ont en charge la mise en route de projets d'éducation à la santé ou de promotion de la santé sur leurs secteurs d'intervention, est liée à la difficulté de mettre en œuvre une telle

démarche. La difficulté consiste à convaincre les partenaires du bien-fondé de cette démarche et de la faire partager. Il en est ainsi par exemple des chefs d'établissement ou des enseignants avec lesquels le travail de collaboration est dans la logique du partenariat au sein de l'Education Nationale ou avec les élus locaux des mairies, par exemple, pour les partenaires hors Education Nationale.

On peut penser que la généralisation des PRS à l'échelle d'une région permettra de façon indirecte que les PRS s'intègrent dans la pratique courante des actions locales des MEN et deviennent "institutionnalisés" grâce à une appropriation par un plus grand nombre d'acteurs d'une démarche de santé publique.

L'exemple des MEN montre aussi que les réticences classiquement décrites au travail en collaboration sont levées "quand une équipe travaille bien et qu'existe un climat de confiance au sein de l'équipe" et ce d'autant plus si l'institution reconnaît l'équipe comme une entité possédant une structure, une définition, une direction et une synergie¹.

Nous retiendrons de cet exemple que l'instauration d'un travail en réseau revient aux professionnels de terrain². Les décisions prises au niveau départemental et rectoral pour formaliser les contours de cette collaboration sont de nature structurelle et doivent tenir compte de la nature du travail en collaboration qui passe par la compréhension de la façon dont une équipe construit son action, du contexte dans lequel elle se met en place et de l'interaction entre ces deux facteurs. Dans le cadre d'un travail en partenariat ou en réseau, les équipes locales travaillent avec plus d'autonomie que lors de l'accomplissement de missions plus "techniques" et ont d'autant plus besoin de s'appuyer sur des objectifs clairs et cohérents partagés, définis à l'échelon régional. La rigueur garantit l'efficacité.

¹ Danielle D'AMOUR, Claude SICOTTE, Ron LEVY, *L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé*, *Sciences Sociales et Santé*, septembre 1999, Vol. 17, n° 3, p.67-93

² Didier FASSIN, *Une gouvernementalité minimale, la santé publique dans l'espace local*, Communication au séminaire "La santé publique au prisme des sciences sociales", ENSP, Rennes, 11-12. 09.97

Il faut pointer un élément important autant pour le travail en partenariat à l'échelon des institutions qu'à l'échelon local : il s'agit de la nouveauté apparue et impulsée par les PRS qui réside dans le fait que les professionnels sont placés de fait en situation d'interdépendance, et ceci pour trois raisons. D'abord parce que les besoins de santé de la population sont repérés et traduits en priorités de santé publique par la conférence régionale de santé. Ensuite parce que les problèmes de santé sont de plus en plus complexes et comportent des dimensions socio-économiques importantes. Enfin, parce qu'aucun professionnel ne possède à lui seul l'expertise nécessaire pour les résoudre.

Ainsi cette interdépendance engendre la nécessité d'une collaboration. Cette réalité partagée est repérée tant au niveau institutionnel qu'au niveau des acteurs de terrain qui pointent aussi des changements dans leurs pratiques, ne serait-ce que par l'émergence de demandes exprimées par les collégiens et lycéens et par les équipes. Cette interdépendance reconnue amène un changement dans les pratiques.

Il faudra une évolution des représentations des problèmes de santé et des représentations sur les liens entre l'école et la santé de tous les partenaires engagés dans des actions locales au sein des établissements scolaires.

Ce changement dans les pratiques aura lieu lentement ; il faut savoir se donner du temps, l'impulser par une dynamique institutionnelle dans le respect des personnes et être résolument optimiste à propos de ces changements.

De façon très pratique, pour clore ce paragraphe des atouts du travail en collaboration, dans l'avenir, dans la région Nord-Pas-de-Calais, la rédaction de fiches actions identiques et de fiches d'évaluation des actions identiques, quels que soit les partenaires ou les institutions, permettra la cohérence voulue par les PRS et facilitera aussi le partenariat à l'échelon local.

Ces fiches actions identiques seront saisies au niveau de la DRASS et disponibles sur Internet¹, ce qui permettra à tout partenaire intéressé de savoir ce qui se passe dans chaque secteur et aussi d'améliorer l'efficacité en facilitant le travail en commun.

¹ <http://npcprev.sante.gouv.fr>

VIII. Conclusion

Au terme de cette étude sur les possibilités d'un travail en partenariat au niveau local entre les MEN et les partenaires mobilisés grâce à la logique de santé publique impulsée par les PRS, nous pensons que les raisons principales expliquant les difficultés sont de deux ordres.

D'une part, la nouveauté de ce dispositif, associée à la difficulté de repérage des acteurs en raison des nombreuses thématiques transversales à plusieurs PRS.

D'autre part, la difficulté pour les MEN de terrain d'impulser et de mettre en place des actions dans une démarche de santé publique et de santé communautaire lors de collaboration avec les partenaires locaux.

La volonté d'une implication du Service de Promotion de la Santé en Faveur des Elèves dans la démarche mise en place par les PRS est une réalité dans l'Académie de Lille et un certain nombre de MEN de l'Académie mettent déjà en œuvre des actions localement en réseau avec des partenaires hors Education Nationale dans le cadre des PRS.

La rencontre de la dynamique de service et de la volonté des MEN de terrain se traduira progressivement à l'échelon local par un plus grand nombre d'acteurs investis dans cette collaboration, une meilleure connaissance par les acteurs locaux des articulations entre institutions et des modalités de participation aux actions mises en place par les PRS.

Ce travail en partenariat accroîtra indéniablement la lisibilité de notre champ professionnel, ce qui permettra plus d'échanges et de collaboration avec les partenaires hors Education Nationale et un repérage plus facile des actions menées dans les établissements scolaires.

A l'avenir, ce partenariat sera amplifié grâce à une dynamique engendrée par l'existence et la mise en œuvre des PRS, associée à l'engagement des responsables rectoraux et départementaux du Service de Promotion de la Santé en Faveur des Elèves, ainsi qu'à la motivation des acteurs de terrain, convaincus du bénéfice de ce travail en partenariat pour la population des enfants scolarisés.

IX. Bibliographie

Ouvrages

1. CROZIER M. et E.FRIEDBERG, *L'acteur et le système*, Paris, Le Seuil, 1977
2. DUBET François, *Sociologie de l'expérience*, Paris, Le Seuil, 1994
3. FOTINOS Georges et FORTIN Jacques, *une école sans violence ?*, Paris, Hachette Education, 2000
4. GAUDIN Thierry, *2100 récit du prochain siècle*, Paris, Payot, 1990
5. LORRAIN Jean-Louis, *Les violences scolaires*, Paris, PUF, Collection Que sais- je ?, 1999
6. PINEAULT Raynald, DAVELUY Carole, *La planification de la santé : concepts, méthodes, stratégies* – Montréal, Editions Nouvelles, 1995

Articles

7. BLATTER Stéphane, GINET Pierre, LAINE Nelly, LAVAUD Anne-Sophie, LEFEBVRE Anne, MELSCOET Anne, NOEL Marie-Renée, QUAIRE Josiane, SOUBIE Christian, TIRARD-FLEURY Véronique, *Des conférences régionales de santé aux programmes régionaux de santé : une approche globale des problèmes de santé*, Mémoire ENSP de séminaire interprofessionnel, Rennes, 1997
8. CAYLA Jean-Simon, *Attributions respectives de la Conférence nationale de santé et du Haut Comité de la santé publique*, Revue de Droit Sanitaire et Social, 04. 1997, N : 2, pp 259-264

9. D'AMOUR Danielle, SICOTTE Claude, LEVY Ron, *L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé*, *Sciences Sociales et Santé*, septembre 1999, Vol. 17, n° 3, p.67-93
10. DEMEULEMEESTER René, *Les conférences régionales de santé : Une déclinaison régionale de la politique de santé*, *Actualité et dossier en santé publique*, 12. 1995, N : 13, pp 2-4
11. FASSIN Didier, *Une gouvernementalité minimale, La santé publique dans l'espace local*, Communication au Séminaire "La santé publique au prisme des sciences sociales", ENSP, Rennes, 11-12. 09. 97
12. GALAMETZ Claude, THEIS Ivan, *Les PRS : des pierres à la construction d'une politique régionale de santé*, *Contact Santé*, février 2000, N° 146
13. LESAIN-DELABARRE Jean-Marc, CNEFEI, *Peut-on gérer obstacles et résistances à l'essor de l'intégration en milieu scolaire ordinaire d'enfants handicapés ou malades ?*, Conférence du 31.01.00, formation des Médecins de l'Education Nationale, ENSP, Rennes
14. PALICOT Jean-Claude, MENGUAL Emmanuelle, VERPILLAT Patrice, BRUNET Christine, SCHAETZEL Françoise, MARCHAND Annie-Claude, et al., *Dossier : Projets régionaux de santé*, *Echange Santé-Social*, 1996, N° 83, pp1-49
15. POINDRON Pierre-Yves, *Conférences régionales : Donner du corps à la santé*, *Espace Social Européen*, 06. 1997, N : 384 pp 12-15
16. ROUSSILLE Bernadette, ARWIDSON Pierre, *L'éducation pour la santé est-elle efficace ?*, 05. 1998, Vanves : Comité français d'éducation pour la santé, 45 p.
17. SALOMEZ J.L., *La méthode d'élaboration des PRS*, *Contact Santé*, mars 1999, N° 136, pp 9-10
18. TULEU Fabien, *Du concept aux pratiques : La place de l'éducation pour la santé dans les projets régionaux de santé liés à la prévention du suicide*, *La santé de l'Homme*, 12.1998, N : 338, pp 13-14, 1^{ère} partie

19. TULEU Fabien, *Du concept aux pratiques : La place de l'éducation pour la santé dans les projets régionaux de santé liés à la prévention du suicide*, La santé de l'Homme, 01.1999, N : 339, pp 44-45, 2^{ème} partie
20. TULEU Fabien, *Du concept aux pratiques : La place de l'éducation pour la santé dans les projets régionaux de santé liés à la prévention du suicide*, La santé de l'Homme, 03.1999, N : 340, pp 39, 3^{ème} partie
21. TULEU Fabien, *Du concept aux pratiques : l'illustration des projets régionaux de santé liés à la prévention de l'alcoolisme*, La santé de l'Homme, 09.1998, N : 336, pp10-11
22. WILLIAMS Alan, Dossier : politiques et valeurs sociales. L'économie, l'éthique et le public dans la politique des services de santé, Revue Internationale des Sciences sociales, 09. 1999, N : 161, pp 339-354

Rapports

23. Conférence régionale de santé du Nord-Pas-de-Calais, , PRS Santé Cardiovasculaire, PRS Santé des enfants et des jeunes, PRS Cancers "Challenge", Précarité et santé- PRAPS, PRS Conduite de consommation à risque, Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales, Ministère de l'emploi et de la solidarité, décembre 1999
24. Programme régional de santé sur les cancers "Challenge", 1999-2002, Conférence régionale de santé, Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales, Ministère de l'emploi et de la solidarité, Préfecture de région Nord-Pas-de-Calais, janvier 1999
25. Programme régional de santé sur les cancers "Challenge", 1999-2000, Deuxième partie : Actions programmées 1999, Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales, Ministère de l'emploi et de la solidarité, Préfecture de région Nord-Pas-de-Calais
26. Programme régional de santé sur les cancers "Challenge", une histoire de 9 mois..., premier bilan d'évaluation, Direction Régionale des Affaires Sanitaires et

Sociales, Ministère de l'emploi et de la solidarité, Préfecture de région Nord-Pas-de-Calais, 9 décembre 1999

27. Programmes régionaux de santé, Guide pratique pour un porteur de projet, Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales, Ministère de l'emploi et de la solidarité, mars 2000

28. QUERLEU Dorothee Actions d'Education à la Santé - MEN -année 97/98 Académie de Lille

29. Rapport OMS, *L'école et son rôle dans l'éducation sanitaire et la promotion de la santé en général*, Genève, OMS, 1997

30. Orientations Académiques visant à promouvoir les CESC - Académie de Rennes, juillet 1999

Textes réglementaires

- **Ordonnance**

31. Ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins

- **Loi**

32. Loi n°98.657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions

- **Décrets**

33. Décret n° 96720 du 13 août 1996 modifié par le décret n°97618 du 30 mai 1997 relatif à la conférence nationale

34. Décret n°97-360 du 17 avril 1997 relatif aux conférences régionales de santé

35. Décret n°98-1216 du 29 décembre 1998 relatif aux programmes régionaux de santé

- **Circulaires**

36. Circulaire du 2 octobre 1998 parue dans le BOEN n° 11 du 15.10.98 relative à la lutte contre la violence en milieu scolaire et au renforcement du partenariat.(J.O. n° 236 du 11.10.98, page 15395)

37. Circulaire n° 98-108 du 1.7.98 parue dans le BOEN n° 28 du 9.7.98, relative à la prévention des conduites à risque et au comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté.

38. Circulaire n° 98-140 du 7.7.98 parue dans le BOEN n°29 du 16.7.98, relative à l'éducation à la citoyenneté dans l'enseignement primaire et l'enseignement secondaire

39. Circulaire n° 98-237 du 24.11.98 parue dans le BOEN n° 45 du 3.12.98, relative aux orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège

40. Circulaire n° 98-234 du 19.11.98 parue dans le BOEN n° 46 du 10.12.98, relative à l'éducation à la sexualité et la prévention du Sida.

41. Circulaire Direction Générale de la Santé, N° 97/731 du 20.11.97, Sous-direction de la santé des populations, bureau de la promotion et de la prospective en santé

42. Bulletin Officiel de l'Education Nationale n° 41 du 20.11.97, Le plan gouvernemental de lutte contre la violence en milieu scolaire

ANNEXES

REMERCIEMENTS

J'adresse mes sincères remerciements à Madame le Docteur Dorothee QUERLEU pour l'enseignement qu'elle m'a donné avec compétence et disponibilité. Elle a su me faire bénéficier de sa méthode de travail. Qu'elle trouve ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

Je remercie vivement Monsieur Christophe LERAT pour les conseils qu'il m'a prodigué avec rigueur et attention et qui m'ont été particulièrement précieux lors des étapes de rédaction de ce mémoire.

J'exprime ma gratitude pour son bienveillant intérêt à Madame le Docteur Colette COLLINET qui m'a accueillie dans son équipe. J'ai pu apprécier son sens humain et son souci de l'efficacité. Je la prie de trouver ici le témoignage de mon profond respect.

Je tiens à remercier Madame le Docteur Martine DUMONT pour sa disponibilité et ses précieux conseils. Qu'elle trouve ici le témoignage de ma profonde gratitude

Que toutes les personnes qui se sont prêtées aux interviews soient chaleureusement remerciées pour le temps accordé et la richesse des informations collectées.