



**Avis**  
**« Renforcer et mobiliser les acteurs**  
**de la promotion de la santé et de la prévention »**  
**du 28 septembre 2018**

**Type de texte :**

Loi    Ordonnance    Décret en Conseil d'Etat    Décret simple    Arrêté

Plans et programmes nationaux de santé   **x Autre : saisine**

**Intitulé : renforcer et mobiliser les acteurs de la promotion de la santé et de la prévention**

**Adopté le : 28.09.2018 lors d'une :**  Assemblée plénière **X** Commission permanente

**Procédure :**  Normale   **X** Urgence    Extrême urgence

**Vote :**  Unanimité    Nombre ou % de voix « pour » : **15 pour sur 15 exprimées**

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

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

**Commanditaire : DGS**

**Rapporteur.e.s : M. Emmanuel RUSCH, Mmes Patricia COLSON et Martine LEROY**

## Présentation de la CNS

La Conférence nationale de santé (CNS), instance consultative placée auprès du ministre chargé de la santé, réunit l'ensemble des représentants<sup>1</sup> des acteurs du système de santé au plan national comme régional - y compris les Outre-mer - (120 membres titulaires et 118 suppléant.e.s répartis en 8 collèges : collectivités territoriales, représentants des usagers du système de santé, conférences régionales de la santé et de l'autonomie, partenaires sociaux, acteurs de cohésion et de protection sociales, acteurs de la prévention, offreurs de santé, représentants des organismes de recherche, des industries des produits de santé et des personnalités qualifiées).

Fondée en 1996, la CNS a pour missions (article L1411-3 du CSP) de :

- Permettre la concertation sur les questions de santé. La CNS est consultée par le Gouvernement lors de l'élaboration de la stratégie nationale de santé. Elle formule des avis et propositions au Gouvernement sur les plans et programmes qu'il entend mettre en œuvre. Elle formule également des avis ou propositions en vue d'améliorer le système de santé publique ;
- Élaborer chaque année un rapport sur le respect des droits des usagers du système de santé. Ce rapport est élaboré sur la base des rapports des Conférences régionales de la santé et de l'autonomie (C.R.S.A.) ;
- Contribuer à l'organisation de débats publics sur les questions de santé.

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

---

<sup>1</sup> Le masculin est utilisé ici au sens générique. Il désigne tant les femmes que les hommes.

## Résumé de l'avis

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

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

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

**Tout d'abord, des recommandations transversales pour créer les conditions nécessaires au développement effectif de la promotion de la santé et de la prévention et parvenir à une profonde transformation de notre système de santé.**

Il s'agit de faire de la promotion de la santé, au sens de la charte d'Ottawa, le cadre de référence des politiques de santé et de toutes les politiques publiques ; de renforcer les savoirs et compétences des décideurs en matière de promotion de la santé et de prévention (PS-P) et de santé publique ; d'assurer à tous les niveaux une coordination intersectorielle des politiques de PS-P ; de mettre en cohérence les budgets consacrés à la PS-P avec la priorisation qui lui est accordée.

Il s'agit et c'est essentiel, de faire AVEC les populations concernées et dans le respect des droits de tous les usagers. Le développement de la promotion de la santé suppose un développement des capacités d'agir des personnes sur leur bien-être, leur santé, leur environnement ... ; c'est donc un développement des ressorts démocratiques de notre pays qu'il s'agit d'opérer.

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

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

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

Le développement constaté de l'intervention de pairs aidants est sans aucun doute la réponse à un besoin en santé, à prendre impérativement en compte, dans le cadre d'une lutte contre les inégalités sociales de santé. Il traduit aussi la volonté des usagers d'être acteurs de santé.

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

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

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

Avant toute mesure qui viserait à « prendre soin » des communautés et des individus, la CNS souligne l'importance d'assurer pour chaque individu, dès le plus jeune âge, une culture de la promotion de la santé, en coéducation avec les parents, et à travers les efforts conjugués de l'éducation nationale et de l'éducation populaire. Il s'agit ainsi de développer la littératie en santé, condition d'accès à l'information et à son appropriation, contribuant ainsi à la réduction des inégalités sociales de santé.

## Sommaire

Présentation de la CNS .....	2
Résumé de l'avis .....	3
I. PREAMBULE.....	7
A. LA CNS (AUTO) SAISIE SUR LES ACTEURS DE LA PROMOTION DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION (PS-P) .....	7
B. LA METHODE MISE EN ŒUVRE REPOSE SUR L'EXPERTISE DES MEMBRES DE LA CNS ET D'ORGANISMES OU PERSONNALITES AUDITIONNEES .....	9
<i>RECOMMANDATIONS</i> .....	10
II. CREER LES CONDITIONS NECESSAIRES AU DEVELOPPEMENT EFFECTIF DE LA PROMOTION DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION.....	11
A. FAIRE ENFIN, DE MANIERE OPERATIONNELLE, LE CHOIX DE LA PROMOTION DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION (PS-P) .....	11
B. ASSURER LA COHERENCE ENTRE LE NIVEAU DE FINANCEMENT ET LA PRIORITE ATTRIBUEE A LA PS-P.....	12
C. METTRE EN PLACE, A TOUS LES NIVEAUX TERRITORIAUX, UNE COORDINATION INTERSECTORIELLE .....	13
D. FAIRE AVEC LES POPULATIONS CONCERNEES ET DANS LE RESPECT DES DROITS DES USAGERS, TANT AU NIVEAU NATIONAL QUE LOCAL. ....	14
III. RENFORCER LES ACTEURS DE LA PROMOTION DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION : diagnostic, référentiels de compétences et de métiers, formation.....	17
A. CONSTRUIRE UN CADRE ETHIQUE ET DEONTOLOGIQUE COMMUN A TOUS POUR INTERVENIR AUPRES DES PERSONNES ET DES POPULATIONS .....	19
B. REALISER UNE EXPERTISE DES METIERS ET COMPETENCES EN PS-P, EN INCLUANT DANS LE CHAMP LES ACTEURS DE L'EMPOUVOIREMENT ET EN IDENTIFIANT LES METIERS A FORT ENJEU ..	19
C. DEFINIR UN REFERENTIEL DE COMPETENCES PARTAGE .....	21
D. DEVELOPPER UNE POLITIQUE DE FORMATION APPROPRIEE .....	23
IV. OPTIMISER LA MOBILISATION DES ACTEURS DANS LA PROMOTION DE LA SANTE ET LA PREVENTION : TERRITORIALISATION DES PROGRAMMES ET RESPONSABILISATION POPULATIONNELLE DES ACTEURS.....	26
A. FAIRE EMERGER DES POLITIQUES TERRITORIALES DE PS-P .....	26

B. DEVELOPPER LA CULTURE DE L'EXPLOITATION DES RETOURS D'EXPERIENCE.....	29
C. DEFINIR DES MODALITES DE FINANCEMENT EN ACCORD AVEC LA PRIORITE DONNEE A LA PS-P30	
ANNEXES.....	31
ANNEXE 1 : LETTRE DE MISSION DE LA PRESIDENTE DE LA CNS DU 20 JUILLET 2017 .....	32
ANNEXE 2 : COURRIER DE SAISINE DU DIRECTEUR GENERAL DE LA SANTE DU 15 JANVIER 2018 ...	35
<u>ANNEXE 3 : MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL</u>	
ANNEXE 4 : Tableau des auditions conduites par le groupe de travail .....	39
ANNEXE 5 : Synthèse des questionnaires.....	40
ANNEXE 6 : Glossaire.....	52
ANNEXE 7 : Littératie en santé .....	55
ANNEXE 8 : Ethical Values Underpinning Health Promotion CoreCompetencies.....	57
ANNEXE 9 : CONTRIBUTIONS.....	58

## I. PREAMBULE

### A. LA CNS (AUTO) SAISIE SUR LES ACTEURS DE LA PROMOTION DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION (PS-P)

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

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

Le constat que l'on peut faire en France, concernant PS-P, est particulièrement critique. Ainsi, le rapport HCAAM soulignait les points suivants :

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

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

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

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

Dès 2008, la CNS a formulé un avis sur « la mobilisation des acteurs dans la prévention » dont nombre des recommandations sont encore valables aujourd'hui.<sup>2</sup>

La CNS a inscrit, parmi les priorités de son programme de travail 2015-2018, la lutte contre les inégalités de santé et la réorientation du système de santé vers une priorité donnée à la prévention et à la promotion de la santé. Ces priorités se retrouvent au sein de la Stratégie nationale de santé

---

<sup>2</sup> CNS. La mobilisation des acteurs dans la prévention. Avis adopté le 13 octobre 2018.

2017-2022, arrêtée par décret du 29 décembre 2017. Le plan national de santé publique (PNSP) vient traduire, en objectifs diversifiés, la priorité de la stratégie.

La CNS fait le choix de s'intéresser aux acteurs professionnels de la PS-P, dont le renforcement et la mobilisation sont indispensables pour que soit traduite, dans les faits, cette orientation prioritaire de notre système de santé et assurer une démarche de qualité.

**Cet avis de la CNS porte plus précisément sur les acteurs de la promotion de la santé et de la prévention qui ne sont pas des offreurs de soins.** Sont considérés comme offreurs de soins, les professionnels ou organismes au contact direct de la population, pour des actes et des prises en charge médicaux et paramédicaux à visée diagnostique ou curative (physique et psychique). Ces professionnels offreurs de soins peuvent exercer dans le milieu libéral, hospitalier, institutionnel ou autre. Il s'agit plus précisément<sup>3</sup> :

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

Ainsi, la CNS s'est, dans un premier temps, autosaisie<sup>4</sup> sur ce sujet, précisant alors les objectifs assignés au groupe de travail<sup>5</sup> spécifique qu'elle a mis en place :

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

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

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

Puis, le Directeur général de la santé a saisi, le 15 janvier 2018<sup>6</sup>, la CNS, précisant ainsi sa demande :

---

<sup>3</sup> Source : <http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/protection-sociale/risque-sante/professionnels-sante/qu-est-ce-qu-systeme-sante.html>.

<sup>4</sup> Voir la lettre de mission du 20.07.17 en annexe.

<sup>5</sup> Voir la liste des membres du groupe de travail en annexe.

<sup>6</sup> Voir la lettre de saisine de M. le Pr J. SALOMON en annexe.

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

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

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

## **B. LA METHODE MISE EN ŒUVRE REPOSE SUR L'EXPERTISE DES MEMBRES DE LA CNS ET D'ORGANISMES OU PERSONNALITES AUDITIONNEES**

Un large appel à candidatures a été lancé, fin août 2017, auprès des membres de la CNS, pour constituer un groupe de travail (voir en Annexe 3).

Plus de 30 membres de la CNS ont souhaité intégrer le groupe de travail. Ils représentent un large éventail d'organismes (Education nationale, CNCPH, Conseil départemental, CRSA, associations ...) et de domaines d'intérêt (protection maternelle et infantile, entreprise, environnement, promotion de la santé, ...). Trois rapporteur.e.s ont été désigné.e.s (Rapporteur.e.s : Mme COLSON, Mme LEROY, M. RUSCH).

Trois temps de rencontre et d'échanges ont été programmés (03 octobre, 10 novembre, 08 décembre 2017) pour aborder 3 thèmes : formations et métiers ; articulation et territorialisation ; empouvoirement.

Par ailleurs, un questionnaire<sup>7</sup> a été adressé aux membres du groupe de travail, avant le premier temps de rencontre, avec pour objectif de mobiliser les expertises des membres sur les 2 axes de recommandations retenus et de croiser les points de vue.

Puis au cours de l'année 2018, la CSDU de la CNS et le groupe de travail ont mené ensemble la réflexion et plusieurs auditions ont eu lieu (voir Annexe 4).

Des réunions d'échanges avec des représentants du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) et du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) ont complété ce dispositif et ont débouché sur l'organisation d'un séminaire commun intitulé « Priorité prévention. Passons à l'acte ! ».

Un glossaire des termes, dont la compréhension doit être partagée, est présenté en annexe (Annexe 6).

Après un premier document adopté en assemblée plénière (AP) le 8 février 2018, le présent avis a été adopté à l'issue d'un vote électronique par 15 voix sur 15 exprimées par la commission permanente, ayant reçu mandat de l'AP du 21 juin, le 28 septembre 2018.

---

<sup>7</sup> Voir la synthèse des réponses au questionnaire en annexe.

## *RECOMMANDATIONS*

## II. CRÉER LES CONDITIONS NÉCESSAIRES AU DEVELOPPEMENT EFFECTIF DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION

L'atteinte de l'objectif « priorité prévention » nécessite, **pour une mise en œuvre effective et durable**, une profonde transformation du système et des politiques de santé actuels.

### A. FAIRE ENFIN, DE MANIÈRE OPERATIONNELLE, LE CHOIX DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION (PS-P)

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

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

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

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

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

La capacité de la promotion de la santé et de la prévention à :

- a) Améliorer l'état de santé des populations
- b) Assurer un retour sur investissement financier,
- c) Garantir la soutenabilité de notre système de santé et
- d) Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé,

n'est plus à démontrer scientifiquement.

Mais un effort de plaidoyer majeur en faveur de la PS-P, et sur ces 4 caractéristiques essentielles, doit être mené auprès des différents acteurs et décideurs du système de santé.

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

**La place des collectivités territoriales est, dans ce cadre, essentielle** à la fois en raison de la nécessaire territorialisation des politiques, programmes et actions de PS-P, et des leviers sur différents déterminants de la santé dont disposent ces collectivités (notamment les communes et/ou les intercommunalités).

De même, la dimension santé des populations doit être impérativement prise en compte lors des arbitrages réalisés dans le cadre des politiques publiques. Les intérêts particuliers, les interventions de lobbies au service de quelques uns, ne sauraient remettre en cause le primat de l'intérêt général. Les enjeux économiques ne doivent pas supplanter les enjeux sanitaires ou environnementaux, comme cela est trop souvent constaté. Les exemples sont hélas nombreux : alcool, pesticides, publicité en direction des enfants ...

**Dans le cadre de la gouvernance des politiques publiques, la prise en compte des enjeux sanitaires ou environnementaux est un impératif au regard de la prise en compte d'enjeux qui ne seraient qu'exclusivement économiques.**

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

## **B. ASSURER LA COHÉRENCE ENTRE LE NIVEAU DE FINANCEMENT ET LA PRIORITÉ ATTRIBUÉE À LA PS-P**

La priorité qu'il convient d'accorder à la PS-P ne peut faire l'impasse d'une réflexion et d'une prise de décision sur les ressources et moyens nécessaires.

**Il est urgent de résoudre la contradiction entre une parole publique valorisant la promotion de la santé ou la prévention et un sous financement chronique, voire même des réductions supplémentaires de moyens dans ces domaines.**

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

La CNS formule un ensemble de recommandations :

**Evaluer, au niveau national et au niveau régional, les besoins pour la mise en place de la priorité « promotion de la santé- prévention ».**

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

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

- D'engager des actions lisibles, durables, s'inscrivant dans un programme en faveur d'actions contre les déterminants préjudiciables au bien-être et à la santé des usagers,
- De rémunérer des personnels spécifiquement formés pour coordonner les instances et acteurs et favoriser la mise en œuvre de cette politique ministérielle et interministérielle en faveur de la PS-P,
- De mettre en place des médiateurs et dispositifs permettant l'accessibilité de chaque usager où qu'il soit et quel qu'il soit, à la PS-P mise en place sur les territoires.

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

**Dans le secteur de la santé, identifier, au niveau national et au niveau régional, toutes les ressources et tous les moyens qui seront à mobiliser (qu'ils soient, ou non, déjà présents et engagés dans les différents organismes et institutions).**

Le ministère de la santé, coordinateur interministériel des programmes, des objectifs et des budgets en matière de PS-P, en lien avec le ministère du budget, doit définir un objectif national des dépenses (à l'exemple d'un ONDAM) destiné spécifiquement à la PS-P dont les circuits de financement seraient précisément créés et définis. Au niveau régional, le mécanisme de fongibilité asymétrique, appliqué au Fond d'intervention régional, peut être un levier en ce sens mais sans doute insuffisant eu égard aux enjeux.

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

## C. METTRE EN PLACE, À TOUS LES NIVEAUX TERRITORIAUX, UNE COORDINATION INTERSECTORIELLE

Il y a lieu d'intégrer et traduire, au sein de la gouvernance du système de santé, la prise en compte de la multiplicité des déterminants de la santé et la dimension intersectorielle des interventions en santé.

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

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

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

**Un bilan d'activité du Comité interministériel pour la santé (CIS) et des CCPPP doit permettre d'identifier les freins à un bon fonctionnement et d'agir sur les leviers adaptés pour qu'ils jouent pleinement leurs rôles respectifs.**

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

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

Aux niveaux national et régional, une importance accrue doit être accordée aux dispositifs de coordination intersectorielle existants (CIS, CPP). Cette coordination doit également pouvoir être assurée aux niveaux départemental et territorial. Elle est indispensable pour éviter l'absence ou la redondance d'actions en faveur de la PS-P et le gaspillage de financement public.

**L'identification d'outils et d'indicateurs pertinents doit permettre le suivi et l'évaluation des interventions intersectorielles.**

#### **D. FAIRE AVEC LES POPULATIONS CONCERNÉES ET DANS LE RESPECT DES DROITS DES USAGERS, TANT AU NIVEAU NATIONAL QUE LOCAL.**

Le développement de la PS-P suppose le renforcement de la démocratie dans notre société, dont la démocratie en santé.

Ceci implique, d'une part, la mise en œuvre d'une relation partenariale entre l'utilisateur et le professionnel de santé, respectueuse des droits des usagers, et d'autre part, la participation des citoyens et des populations aux politiques de santé et à toutes les politiques. La participation des usagers est un impératif pour la démocratie en santé, elle est aussi un levier pour la réduction des inégalités de santé (rapport CNS 2012).

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

**La participation des usagers, de la conception à l'évaluation des politiques de promotion de la santé et de prévention, doit être systématisée.**

Pour faire avec les personnes et populations concernées, il importe qu'elles soient effectivement en capacité d'agir.

L'accompagnement des personnes pour qu'elles gagnent en capacité d'agir, que nous appellerons ici **empouvoirement**, est un véritable enjeu sociétal et de santé publique. De nombreuses initiatives sont prises, dans le champ social et dans celui de la santé, afin de favoriser cet empouvoirement : elles mobilisent des acteurs très divers comme les médiateurs en santé, les interprètes, et des

intervenants aux diverses dénominations et compétences parfois définies par les associations d'usagers elles-mêmes.

L'empouvoirement peut toutefois renvoyer à différents enjeux : éthique (ex. : émancipation), politique (ex. : forme de norme ou d'injonction à l'autonomie et à la responsabilisation), technique (ex. : process et ingénierie) et pratique (ex. : posture du professionnel).

L'empouvoirement peut se déployer dans 3 dimensions :

- Individuelle : il permet à chaque individu de développer une conscience critique et sa capacité d'agir (faire des choix) ;
- Relationnelle : il replace l'individu dans une organisation ou collectivité, avec les capacités d'agir « avec » ou d'agir « sur » ;
- Collective : il renvoie à la transformation sociale résultant de l'action collective.

**Du fait de leur rôle dans le développement de la PS-P, les dynamiques d'empouvoirement doivent être encouragées et soutenues, en gardant à l'esprit les 4 enjeux qui peuvent les sous-tendre (éthique, politique, technique, pratique) et en associant ses 3 dimensions (individuelle, relationnelle et collective).**

L'empouvoirement passe par l'éducation et/ou la formation. Le développement de l'éducation à la santé pour tous, dès le plus jeune âge, favorisera l'appropriation de la promotion de la santé, permettra de lutter contre les inégalités de santé et développera la littératie en santé, cette « capacité d'accéder à l'information, de la comprendre, de l'évaluer et de la communiquer, de manière à promouvoir, à maintenir et à améliorer sa santé dans divers milieux au cours de la vie » [Rootman; 2008].

**Promouvoir la littératie en santé est une condition pour que chacun, et dès le plus jeune âge, soit en capacité d'agir en faveur de sa santé et de celle de sa communauté (cf. avis CNS 2017).**

La CNS soutient la mise en œuvre effective du parcours éducatif en santé, dès l'entrée à l'école, en maternelle et jusqu' à la fin du cursus scolaire au lycée. Il constitue une opportunité pour accroître la littératie en santé mais également un risque et une source d'inégalités si l'initiative des actions et le contenu des savoirs concernant la PS-P sont totalement laissés au choix de chaque établissement scolaire et des seules ressources locales disponibles. Transmettre à tous les élèves, dès le plus jeune âge, le langage, les gestes, leurs droits en faveur de leur santé, est un formidable levier en faveur de l'état de santé des populations. Acteurs reconnus de leur santé, les enfants et adolescents s'avèrent aussi être vecteurs d'informations pour leurs familles, notamment les plus éloignées du système de santé.

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

**Accéder à une information de qualité sur la santé (déterminants, maladies, outils diagnostics ou thérapeutiques, système de santé), disponible et compréhensible, est un préalable à la capacité d'agir.**

**La CNS soutient, en ce sens, le développement du service public d'information en santé (SPIS).**

Concernant la PS-P, les messages, diffusés par les instances nationales, ne sont pas toujours d'une grande efficacité. Certains se révèlent même contre-productifs (voir annexe audition de Santé publique France) et contribuent au creusement des inégalités sociales de santé.

Pour pallier ces difficultés, différentes stratégies sont possibles. Outre l'amélioration de la littératie en santé déjà évoquée, l'accompagnement des plus fragiles dans l'accès à une information adaptée à leur situation, l'élaboration des messages en lien avec les personnes à qui ils sont destinés est essentielle.

**Construire des messages de prévention et de promotion de la santé avec les usagers est un impératif d'efficacité et de pertinence.**

Pour autant, cette démarche n'est pas adoptée notamment par Santé Publique France. Parmi les raisons évoquées figurent :

- Besoin de capitalisation sur les acquis scientifiques (légitimité scientifique versus légitimité expérientielle) ;
- Frein financier (néanmoins, on est en droit de s'interroger sur le coût d'une campagne contre-productive) ;
- Influence des lobbies qui pourrait être plus forte au niveau régional qu'au niveau national. Constatant ce qui se passe pour les perturbateurs endocriniens ou pour l'alcool, par exemple, la CNS s'interroge sur le bien-fondé d'une vulnérabilité aux lobbies, accrue au niveau régional ou territorial, tout en considérant qu'il faut être vigilant sur cette question.

La CNS s'interroge aussi sur le fait que toute la doctrine universitaire, élaborée autour de la plus-value que représente la participation des personnes concernées, ne semble pas du tout être sollicitée par les spécialistes dans le domaine de la construction des messages de santé publique.

La CNS se permet de faire référence à la démarche de débat citoyen qu'elle a engagée autour de la problématique de la santé connectée en lien avec le CNCPPH, le CNLE, le CNDP et qui a montré la richesse des réflexions des citoyens.

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

#### Constats partagés :

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

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

Il faut souligner que, même quand les professionnels sont formés spécifiquement pour cela, leur rôle essentiel pour la promotion de la santé n'est ni reconnu ni soutenu par les politiques. Ceci conduit par exemple, à l'affaiblissement voire la disparition des médecins du travail, médecins de PMI, médecins scolaires et la mise en difficulté des services correspondants alors qu'ils sont le bras armé d'une véritable politique de PS-P. Ceci nuit au développement de la promotion de la santé, approche positive de la santé appréhendée dans sa globalité, en amont des risques et des pathologies et met en péril un accès effectif à la santé pour tous (contribution à l'accroissement des inégalités sociales de santé).

D'une manière générale, les métiers du champ de la PS-P sont mal connus, disparates, aux contours mal définis, sans référentiels. La légitimité des acteurs de la PS-P, auprès des usagers comme auprès des professionnels, peut ainsi être remise en question, faute de la lisibilité de leur formation, de leur compétence et de leur expertise

Il faut également évoquer le fait que les compétences mises en œuvre ne sont pas toujours celles attendues au regard des enjeux.

Les compétences, acquises par l'expérience, ne sont ni formalisées, ni reconnues.

Les conventions collectives ne prévoient généralement pas de reconnaissance des postes dédiés à la prévention. A titre d'exemple : l'Association nationale de prévention alcoologie et addictologie (ANPAA) applique aujourd'hui la Convention Collective du 15 mars 1966. Il est important de noter que cette convention ne prévoit pas de classification pour les métiers de la prévention ni de classification intermédiaire, les salariés sont soit cadres soit employés. Le statut d'Employé, Technicien, Agent de Maîtrise (ETAM) n'existe pas en matière de prévention. Ces deux facteurs complexifient la classification des personnes ne réalisant que des actions de prévention. Les animateurs dits de prévention sont donc classés dans la catégorie des animateurs socio-éducatifs, les métiers de cadre de la prévention relèvent soit de la classification des attachés de direction, soit des chargés de mission. Ceux de direction relèvent des classifications de directeur d'établissement (voir annexe ANPAA).

Enfin, les acteurs de la PS-P travaillent souvent indépendamment les uns des autres, du fait de leur méconnaissance mutuelle sur leurs champs et modes d'intervention.

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

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

Il est également souligné la question du niveau des formations diplômantes, qui se situent bien souvent au niveau master 2, alors que des qualifications intermédiaires seraient nécessaires pour la mise en œuvre des actions.

- Remarque : les acteurs de l'empouvoirement (patient expert, médiateur pair, pair accompagnant, pair émulation...) peuvent appartenir à ces trois modalités de la typologie.

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

Il est possible également de distinguer les **métiers** :

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

➤ **Les acquis de l'expérience sont difficilement valorisés**

Pour les professionnels, la non inscription dans les conventions collectives en est une des raisons.

Pour les bénévoles, cela rejoint la question plus générale de la valorisation des acquis de l'expérience dans le secteur associatif.

Il y a aussi les usagers qui se professionnalisent (par exemple, les usagers diplômés de l'université des patients) et qui revendiquent :

- La reconnaissance de leur savoir expérientiel par un diplôme (au minimum VAE) ;
- La possibilité de faire partie de l'équipe de soin primaire, pour certains ;
- La reconnaissance de leur légitimité qui passe pour certains par une certification, pour d'autres par un collectif reconnu, qui les rend légitimes pour porter un savoir qui est plus collectif ;
- La possibilité de se reconstruire en trouvant un rôle et une place utile dans la société avec un vrai métier.

A partir de ces constats, la CNS formule les recommandations ci-dessous.

## A. CONSTRUIRE UN CADRE ÉTHIQUE ET DÉONTOLOGIQUE COMMUN À TOUS POUR INTERVENIR AUPRÈS DES PERSONNES ET DES POPULATIONS

Le développement de la PS-P suppose qu'il soit répondu aux questions suivantes : quelle légitimité à agir pour un individu ou une collectivité (ou les deux), soit pour modifier des comportements, soit pour accompagner une personne ? L'expérience personnelle, est-elle transposable à tous ? Au nom de qui parle-t-on ? L'expérience communautaire est-elle porteuse de normes ? Le savoir vertical et prescrit du professionnel de santé (qui n'est plus supporté par l'utilisateur : crise de l'autorité et du savoir), ne risque-t-il pas d'être remplacé par un cadre tout aussi prescriptif de la part de bénévoles ou d'acteurs enfermant l'utilisateur, son droit et sa capacité à agir ?

La CNS propose aux acteurs de la PS-P de s'appuyer sur les « *Ethical Values Underpinning Health Promotion Core Competencies* » [CompHP<sup>8</sup>] pour définir un cadre éthique à leurs interventions.

Voir en annexe une libre traduction de ce document (Annexe 8).

## B. RÉALISER UNE EXPERTISE DES MÉTIERS ET COMPÉTENCES EN PS-P EN INCLUANT DANS LE CHAMP LES ACTEURS DE L'EMPOUVOIREMENT, ET EN IDENTIFIANT LES MÉTIERS À FORT ENJEU

L'objectif poursuivi est de dresser un état des lieux exhaustif dans le champ des acteurs de la PS-P. Il s'agirait de :

- Identifier les différents types et modes d'intervention, les catégories d'acteurs, sans oublier les acteurs de l'empouvoirement ;
- Clarifier les dénominations et les rôles qu'elles recouvrent ;
- Repérer l'ensemble des formations délivrées dans le champ de la PS-P ;
- Rassembler les référentiels métiers existants ;
- Identifier les métiers à fort enjeu,

ceci, afin d'être en mesure de proposer les actions à mener pour surmonter les obstacles identifiés.

### Quelques remarques particulières sur le champ de l'empouvoirement :

- Il est important de souligner le développement de la pair-aidance (patients, jeunes qui parlent aux jeunes, aidants familiaux qui s'entraident, ...). Ces nouveaux acteurs témoignent d'un mouvement sociétal en faveur d'une plus grande indépendance et autonomie par rapport aux ressources institutionnelles ;
- Ces intervenants agissent souvent là où la légitimité des professionnels s'arrête, comblent parfois les lacunes du système et apportent du savoir expérientiel. Ils ont un rôle au service de l'utilisateur pour :
  - Améliorer la compréhension des messages des offreurs de prévention, de soins ou d'accompagnement ;

<sup>8</sup> Source : [https://www.fundadeps.org/recursos/documentos/450/CompHP\\_Project\\_Handbooks.pdf](https://www.fundadeps.org/recursos/documentos/450/CompHP_Project_Handbooks.pdf)

- Rendre des informations médicales accessibles et mieux comprises ;
  - Participer à l'adaptation du cadre de vie à la pathologie ou au handicap des usagers ;
  - Participer au renforcement du réseau PS-P dans les différentes phases de vie ...
- Les principaux besoins non satisfaits auxquels tentent de répondre ces intervenants sont :
    - Accès aux droits,
    - Accès à l'information personnalisée (notamment littératie),
    - Accompagnement dans la prise de décision concernant le parcours de soins et de santé,
    - Partage expérientiel (dont déblocage de situations ponctuelles de la vie quotidienne),
    - Besoin de rétablissement (insertion sociale) en psychiatrie, en cancérologie ....
  - Le constat porté sur les acteurs de l'empouvoirement, fait ressortir une richesse d'intervenants, de dénominations, de statuts, mais, de ce fait, un déficit de lisibilité sur les compétences mises en jeu, les missions remplies, et une interrogation sur la pérennisation de ces différents dispositifs ;
  - La question d'un risque d'assujettissement des pairs-aidants, alors qu'ils sont intégrés dans les services de santé, a été soulevée et déjà remarquée dans d'autre pays. La lisibilité du rôle de chacun et les collaborations, aussi bien que l'indépendance d'action, apparaissent comme primordiales à définir, pour atteindre un objectif à bien définir préalablement ;
  - Reconnaître l'existence de ces acteurs, c'est reconnaître leur rôle auprès des usagers les plus en demande (il ne s'agit pas de prévoir leur intervention auprès de tous les usagers), c'est leur réserver une place dans la relation entre l'utilisateur et les professionnels, c'est faire en sorte que leur intervention puisse être pérennisée (non pas auprès d'une personne, le but étant qu'elle gagne en autonomie, mais auprès d'une population) ;
  - Rendre lisible l'expertise particulière qui est mise au service de l'utilisateur, parmi toutes celles qui coexistent, et organiser dans le paysage de la PS-P tous ces acteurs ;
  - Définir les compétences acquises par l'expérience ou par la formation, avec un vocabulaire commun à tous les professionnels œuvrant au bien-être et à la santé, avec un référentiel pour chaque compétence ;
  - La multiplicité des dénominations est particulièrement marquée pour les acteurs de l'empouvoirement. Il y aura lieu d'inviter le secteur associatif à harmoniser ses terminologies et modes d'intervention.

Une source d'ambiguïté a également été exprimée entre « patients experts » et « représentants d'utilisateurs ». La CNS peut formuler quelques propositions :

- Inviter les patients experts à ne pas se prendre pour des représentants des usagers (RU) ;
- Inviter les professionnels à ne pas utiliser les patients experts comme des RU, **ce sont des rôles différents** ;
- Trouver des pistes d'amélioration quant aux liens entre les patients experts et le mouvement associatif.

## L'identification des métiers à fort enjeu

Il convient de s'interroger sur la création de nouveaux métiers en PS-P et aux besoins dans ce domaine.

L'identification des métiers à fort potentiel de développement ou correspondant à des besoins importants non couverts (pilotage, coordination, évaluation ...) est nécessaire.

Ils constituent parfois des « goulots d'étranglement » dans la mise en place d'une politique priorisant la PS-P. Cette identification nécessite un diagnostic précis.

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

- Animateur territorial de la politique de PS-P,
- Chef de projet en PS-P,
- Médiateur en santé,
- Métiers autour de la santé numérique et du développement des applications e-santé : animateur de forum numérique santé, par exemple.

Cette liste ne prétend pas être exhaustive.

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

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

## C. DÉFINIR UN RÉFÉRENTIEL DE COMPÉTENCES PARTAGÉ

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

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

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

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

- Favoriser le changement,
- Plaider pour la santé,
- Travailler en partenariat,
- Communiquer,
- Faire émerger le leadership,
- Evaluer les besoins et les atouts,
- Planifier,
- Mettre en œuvre,
- Evaluer et promouvoir la recherche.

**Il est proposé de retenir le référentiel CompHP comme référentiel de « référence » généraliste dans le champ de la promotion de la santé.**

**De par son envergure, il semble correspondre à un niveau d'étude Master 2. Il peut cependant être utilisé en ne reprenant que partiellement certains domaines de savoirs ou compétences, ou à l'inverse en le complétant notamment dans le cadre de domaines d'intervention spécialisés.**

La CNS est ainsi amenée à proposer d'ajouter certains domaines de savoirs ou de compétences et en particulier :

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

**Concernant l'accompagnement et l'empouvoirement, le référentiel est à définir mais peut s'appuyer sur différents documents tel que le référentiel de la HAS sur le thème de la médiation en santé.**

#### **D. DÉVELOPPER UNE POLITIQUE DE FORMATION APPROPRIÉE**

Le sujet de la formation des professionnels des acteurs PS-P porte à la fois sur la formation initiale, la formation continue (ou complémentaire) et la formation expérientielle avec les questions de la VAE et de l'expertise (patient et professionnel : profane et scientifique). Il convient de tenir compte des métiers existants, de la mobilisation pleine et entière de leur expertise ainsi que de l'émergence de nouveaux métiers.

Il convient de rester « réaliste » dans le cadre des parcours de formation, avec la prise en compte des qualifications des personnes à former. En effet, s'il est nécessaire d'avoir un prérequis minimum pour intervenir en PS-P auprès d'un public, il apparaît que le niveau exigé doit rester adapté.

L'importance de la professionnalisation (et donc de la formation) des intervenants déjà acteurs en PS-P est reconnue. Mais elle se heurte à la précarisation des postes et des financements.

D'autres besoins de formation existent également :

#### **Nécessité d'une formation de niveau «Sensibilisation» : PS-P, l'affaire de tous.**

L'objectif est d'attirer l'attention des très nombreux professionnels de santé (au sens large, sanitaire, médico-social et social) sur la PS-P et de multiplier les opportunités de faire de la PS-P, soit directement (si les professionnels disposent des compétences nécessaires) soit en ayant recours à des professionnels PS-P formés.

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

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

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

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

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

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

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

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

**Assurer une formation continue accessible à tous les acteurs de la PS-P.**

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

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

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

**Favoriser l'articulation entre promotion de la santé et développement durable.**

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

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

**Intégrer les données probantes en PS-P au sein des formations.**

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

Le renforcement du projet Inspire ID apporterait une dynamique utile en ce sens. Cependant, il convient de garder l'équilibre entre savoir descendant (des données scientifiques vers les acteurs

de terrain) et savoir ascendant (de l'expérience des acteurs de terrain vers les données probantes) et ne pas négliger les questions de contexte et de transférabilité.

#### Soutenir la recherche en PS-P.

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

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

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

La formation à la recherche, observationnelle comme interventionnelle, en PS-P doit également être encouragée.

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

L'avis de la CNS de 2008, sur la mobilisation des acteurs dans la prévention, faisait déjà plusieurs recommandations. Il importe de développer une dynamique de mobilisation des acteurs de PS-P.

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

Le rapport HCAAM<sup>9</sup> (23 février 2017) soulignait l'importance de cette territorialisation :

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

Au cours de ces dernières années, de multiples dispositifs au niveau territorial (GHT, PTA, MSP, CLS, ...) ont été promus pour tenter de répondre aux évolutions des besoins de santé, aux inégalités de répartition de l'offre de santé, à l'organisation de la continuité des parcours de santé des usagers et à la rationalisation du système de santé, sans qu'apparaisse de façon claire l'orientation vers la prévention...

**L'introduction ou l'extension de missions de prévention, dans un nombre croissant de structures ou d'organisations, sans articulation ou cohérence avec les autres acteurs de la PS-P, ne peuvent que mettre en difficulté les intervenants en PS-P et limiter l'efficacité et l'efficience des politiques en la matière.**

Sur les territoires, les besoins en actions de prévention sont peu ou mal identifiés ; une méthodologie de l'identification des besoins des populations commune à tous les champs de la PS-P est nécessaire.

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

### A. FAIRE ÉMERGER DES POLITIQUES TERRITORIALES DE PS-P

La loi ne prévoit pas de programmes territoriaux de santé. Elle laisse aux acteurs le soin de mettre en œuvre les Schémas régionaux de santé au travers de leurs projets. Dans le contexte actuel, dominé par le curatif, pour atteindre l'objectif fixé de réorienter notre système de santé vers la prévention,

---

<sup>9</sup> Document accessible à l'adresse suivante : [http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/la\\_politique\\_de\\_prevention\\_note\\_hcaam\\_23\\_02\\_17.pdf](http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/la_politique_de_prevention_note_hcaam_23_02_17.pdf)

la CNS recommande une démarche structurée permettant aux acteurs de la PS-P de se mobiliser autour de politiques territoriales de PS-P clairement formulées.

La CNS s'inspire de la méthode d'élaboration du service territorial de santé, telle qu'elle a été exposée dans le rapport de Bernadette DEVICTOR (2014) à la ministre des affaires sociales et de la santé, Mme Marisol Touraine, intitulé : « Le service public territorial de santé (SPTS), le service public hospitalier (SPH) : développer l'approche populationnelle et territoriale de l'offre en santé »<sup>10</sup> et inscrite dans la loi, en ce qui concerne la psychiatrie et la santé mentale.

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

#### **Appuyer les programmes et politiques de PS-P sur un diagnostic territorial.**

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

- Ce recensement peut s'établir notamment à partir des circuits de financement. Il peut s'agir d'acteurs : Institutionnels, Associatifs, Libéraux, Centres de santé, Indépendants et Bénévoles (nécessité pour ceux-ci de se faire connaître) ....
- Les territoires peuvent se situer à différents niveaux (communes, intercommunalités et métropoles, départements, régions).
- Ce recensement devrait être réalisé par les structures de coordination locales ; les dispositifs régionaux de soutien aux politiques et aux interventions en prévention et promotion de la santé, pourraient intervenir en soutien (ou en démarrage pour identifier de potentiels coordinateurs au niveau local).
- L'absence de ressource disponible, spécialisée ou non en matière de promotion de la santé, ne peut plus être considérée comme une fatalité : elle fait le lit des inégalités territoriales de santé. L'ARS aura alors pour rôle de mobiliser des acteurs présents dans tous les territoires (comme l'Education nationale, mais pas seulement) pour faire émerger une dynamique locale autour de la PS-P.
- Il y aura peut-être à former des ressources nouvelles, localement si nécessaire, en lien avec les dispositifs de soutien.

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

---

<sup>10</sup> Document accessible à l'adresse suivante : [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_Devictor\\_-\\_Service\\_public\\_territorial\\_de\\_sante2.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Devictor_-_Service_public_territorial_de_sante2.pdf)

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

#### **Identifier les niveaux géographiques de mobilisation des acteurs autour d'un projet de PS-P.**

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

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

#### **Identifier une structure de coordination des acteurs PS-P au niveau des territoires.**

Une gouvernance opérationnelle, constituée par des acteurs au niveau du territoire considéré, assure la coordination de la mise en œuvre de ce programme (cela peut être le territoire du CLS ou autres territoires de référence). L'ensemble des acteurs et intervenants en PS-P (professionnels de santé ou non) du territoire concerné, seront invités à s'engager à inscrire leurs actions, en cohérence avec le programme du territoire de PS-P, pour assurer une vraie synergie entre tous les acteurs, au bénéfice de l'utilisateur en demande ou repéré comme tel, afin qu'il soit dirigé ou accompagné, au mieux des ressources territoriales, pour faire face à ses besoins.

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

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

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

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

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

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

**Travailler les liens entre acteurs de PS-P et avec les autres acteurs de santé, tout au long du parcours de santé et de vie.**

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

Le programme territorial de PS-P reposera sur les éléments suivants :

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

*(b) Une charte de fonctionnement, associant tous les acteurs de PS-P au service de la santé individuelle des usagers et de la santé communautaire, doit être construite et prendre le pas sur les lobbyings, les enjeux institutionnels ou mercantiles, qui poussent les acteurs à agir en dehors de tout programme cohérent et de façon isolée.*

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

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

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

Ces retours d'expérience sont indissociables d'une démarche d'amélioration continue de la qualité des actions.

Il s'agit de développer une structuration de ces retours, en se rapprochant des analyses de données probantes, de l'identification du niveau de preuve et des biais potentiels, tout en réfléchissant aux aspects de contexte, de conditions préalables à l'action et de transférabilité d'un contexte à l'autre.

**Evaluer les actions du point de vue de l'apport pour l'utilisateur et favoriser la diffusion des expériences réussies et pertinentes.**

Il s'agit de comprendre les tenants et aboutissants des expériences réussies et de leur méthodologie de projet, avec une évaluation d'impact sur la capacité d'autonomie et la santé des usagers. La recherche dans ce domaine est à développer.

## C. DÉFINIR DES MODALITÉS DE FINANCEMENT EN ACCORD AVEC LA PRIORITÉ DONNÉE À LA PS-P

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

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

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

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

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

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

**Le niveau de rémunération des professionnels de PS-P doit être en cohérence avec le service qu'ils rendent à la population, et à la « hauteur » de leurs formations ou diplômes.**

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

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

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

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

## ANNEXES



**Renforcer et mobiliser les acteurs de la prévention  
Constitution d'un groupe de travail de la CNS**

Paris, le jeudi 20 juillet 2017

Rapporteurs : Mme Colson, Mme Leroy, M. Rusch

**1. Préambule**

La CNS a inscrit, parmi les priorités de son programme de travail, la lutte contre les inégalités de santé et la réorientation du système de santé vers une priorité donnée à la prévention.

Il est établi que les inégalités de santé commencent dans la représentation de ce qu'est la santé, dans l'adoption de comportements protecteurs de la santé, dans le recours aux actes de prévention (dépistages, vaccination, ETP ...) etc.

Dans son avis d'octobre 2008, intitulé « la mobilisation des acteurs dans la prévention », la Conférence nationale de santé considérait nécessaire :

- 1°/ de repenser la stratégie publique pour intégrer la prévention dans une logique plus globale de promotion de la santé publique ;
- 2°/ d'améliorer les conditions opérationnelles de la mobilisation territoriale des acteurs ;
- 3°/ de former et sécuriser les ressources humaines :  
« ... la professionnalisation de la prévention et de la promotion de la santé doit se conquérir par les connaissances et les compétences dans la capacité à évaluer des besoins, à décider de l'action et à la conduire avec les populations ; à retenir la méthodologie d'intervention et de mobilisation la mieux adaptée ; à évaluer et à restituer aux populations et aux décideurs les résultats » ;
- 4°/ de sécuriser les financements ;

- 5°/ de doter le ministère chargé de la santé, d'une compétence nationale de droit en matière de prévention et de promotion de la santé publique ;
- 6°/ de créer les conditions d'une décision publique en prévention et en promotion de la santé procédant d'une démarche contradictoire rigoureuse et protégée de la pression des « lobbys ».

Les recommandations de cet avis sont toujours d'actualité même si des avancées ont été réalisées, notamment sur la nécessité de réorienter notre système de santé vers la prévention. Le Président MACRON, tout comme la Loi de modernisation de notre système de Santé, ont fait de la prévention un objectif prioritaire. Mais comment y parvenir ?

## Objectifs du groupe de travail

La conférence nationale de santé fait le choix de s'intéresser plus particulièrement aux acteurs de la prévention, dont le soutien et le renforcement sont indispensables, si l'on veut traduire, dans les faits, une approche préventive de qualité.

***La démarche de prévention, tous concepts confondus, devrait être mise en œuvre dès le premier et jusqu'au dernier jour de la vie, sur tous les lieux de vie (sans oublier les établissements médico-sociaux). Elle a pour objectifs de préserver et promouvoir le potentiel santé de chacun, de permettre de développer, dès le plus jeune âge, les habiletés à prendre soin de soi à partir du capital santé dont dispose chaque individu, d'améliorer et protéger l'environnement de vie, et de détecter, suffisamment tôt, les troubles, les maladies, afin qu'ils ne constituent pas un handicap ou ne conduisent à une mort prématurée évitable.***

Or les professionnels de la prévention n'ont pas mis la reconnaissance et la place, à la hauteur des enjeux régulièrement réaffirmés. Il faut souligner la précarité des situations des personnels des associations en région, sans perspectives de parcours professionnels...

La prévention nécessite aujourd'hui de **mieux connaître et définir les acteurs, leur expertise, leurs champs d'action et d'intervention. La diversité et la complexité des financements (voire des tutelles et des gouvernances) est à clarifier, tout comme les blocages à l'encontre d'une politique efficiente qui seraient liés aux modes de financement des ressources humaines ou des associations.**

**Persuadés de l'utilité des actions, des nouveaux acteurs sont apparus**, agissant trop souvent de façon indépendante. A contrario, des instances savantes se sont regroupées pour tenter de parler d'une même voix.

Il devient nécessaire d'établir un état des lieux de tous les acteurs de la prévention individuelle et collective, médicalisée et non médicalisée, institutionnelle, associative ... C'est un préambule indispensable au redéploiement de ressources, afin de proposer pour chacun, dès la naissance, un système de prévention novateur reposant sur la coordination des acteurs. Il sera important de choisir suivant les populations, les milieux de vies, les besoins en santé, les bons pilotes et coordinateurs dans le respect de leurs expertises couvrant le milieu médical, éducatif, associatif dans le sanitaire et médico-social.

Le groupe de travail s'attachera à développer une approche très large qui prendra en compte les déterminants de santé. Il veillera à rechercher les articulations entre les différents acteurs (santé au travail, santé environnement, Education nationale ...).

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

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

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

## **Modalités de travail**

Le groupe de travail est libre d'organiser les travaux comme il l'entend, de procéder aux auditions nécessaires,... en tenant compte des contraintes qui s'imposent à la CNS en termes de budget et de ressources humaines.

## **Calendrier**

Les rapporteurs rendront compte régulièrement de l'avancée des travaux à la Commission Permanente.

Ils s'engagent à présenter les conclusions des travaux à la CP de décembre afin que l'avis puisse être adopté à la plénière de janvier 2018.



Bernadette DEVICTOR,  
Présidente de la Conférence nationale de santé

## ANNEXE 2 : COURRIER DE SAISINE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA SANTÉ DU 15 JANVIER 2018



MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

*Le Directeur général de la santé*

Réf. : D-17-030824

Paris, le

**15 JAN. 2018**

Madame la Présidente de la Conférence nationale de santé,

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

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

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

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

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

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

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

Le Directeur Général de la Santé,

Professeur Jérôme SALOMON

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

Madame Bernadette Devictor  
Présidente de la Conférence nationale de santé

### ANNEXE 3 : MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL

- Christian ANDREO, représentant l'association AIDES à la CNS (collège 2), Directeur général adjoint d'AIDES ;
- Nathalie BERENGER, représentant l'Union confédérale des médecins salariés de France (UCMSF), médecin de santé scolaire (collège 6), membre suppléante de la Commission permanente de la CNS ;
- Aude BOURDEN, Conseillère nationale santé – médico-social - Association des paralysés de France (APF) ;
- Jean-Luc BRIERE, représentant l'UNIOPSS à la CNS (collège 5), Vice-Président de l'UNIOPSS ;
- Dominique BURONFOSSE, représentant la CRSA de la Bretagne, membre élu de la Commission permanente de la CNS (collège 3), gériatre ;
- Brigitte CHANE-HIME, représentant la CSA de La Réunion, membre élue de la Commission permanente de la CNS (collège 3) ;
- Roger CHARLIER, représentant l'association France rein (collège 2), Président France Rein ;
- Eric CHENUT, représentant de l'UNOCAM (collège 5), Vice-président MGEN ;
- Patrick COHEN, représentant la CRSA de Provence Alpes Côte d'Azur, membre suppléant de la Commission permanente de la CNS (collège 3), psychologue, Vice-président de l'association Addictions Méditerranée, Président de la CSDU de la CRSA PACA ;
- Patricia COLSON, représentant l'UCMSF, médecin de santé scolaire (collège 6), élue à la Commission permanente de la CNS (collège 6) ;
- Catherine CORBEAU, médecin de santé publique, co-responsable du département santé d'ATD Quart-Monde ;
- Patrick DAIME, représentant l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA) à la CNS (collège 6), médecin, Secrétaire général de l'ANPAA, Président de l'IREPS Haute-Normandie ;
- Kareen DARNAUD, représentant l'Association des paralysés de France à la CNS (collège 2), Vice-présidente de l'Association des paralysés de France (APF) ;
- Jacques DESCHAMPS, représentant la Ligue nationale contre le cancer à la CNS (collège 2), Vice-Président et secrétaire général du comité de Paris de la LNCC ;
- Lionel DENIAU, représentant le CNCPPH – Association nationale des instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques et de leurs réseaux (AIRE), élu à la Commission permanente de la CNS (collège 5) Président d'honneur d'AIRE ;
- Bernadette DEVICTOR, Présidente de la CNS, représentant la CRSA d'Auvergne Rhône Alpes, (collège 3), Présidente de la CRSA et Vice-présidente du CISS ARA ;
- Dominique-Chantal DOREL, représentant la Fédération de l'hospitalisation privée (collège 7) à la CNS ;
- André DUCOURNAU, représentant la CRSA de l'Occitanie à la CNS (collège 3), Directeur général de l'ARSEAA ;
- Laurent GERBAUD, représentant l'UCMSF, élu à la CSDU de la CNS, médecin de santé universitaire, (collège 6), Professeur des Universités - Praticien Hospitalier, chef du pôle « santé publique » et chef du service de Santé Publique du CHU de Clermont-Ferrand – EA 4681 Uda PEPRADE - périnatalité, enfance, pratiques, développement, environnement, Directeur du service de santé universitaire (SSU) de l'université de Clermont Auvergne ;
- Hélène GRANDJEAN, représentant la CRSA de l'Occitanie à la CNS (collège 3), Présidente de l'IREPS et de la commission prévention de la CRSA, membre du comité de pilotage du PRS,

médecin gynécologue-obstétricienne et santé publique, directrice de recherche émérite à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), Présidente du conseil d'administration de l'ORS Midi-Pyrénées ;

- Aldino IZZI, représentant la CRSA de l'Île de France à la CNS (collège 3), chargé de prévention retraité - mutualité française ;
- Pierre LAGIER, représentant le CNCPH – UNAPEI – élu à la CSDU à la CNS (collège 7), médecin réanimateur à la retraite, Vice-Président de l'UNAPEI, membre de la Commission « santé, bien être, bientraitance » du CNCPH ;
- Line LARTIGUE-DOUCOURE, Directrice du pôle relations institutionnelles de l'UNA ;
- Nathalie LATOUR, représentant Fédération addiction, élue à la CSDU à la CNS (collège 7), Déléguée générale de la Fédération Addiction ;
- Martine LEROY, représentante du Planning familial, élue de la commission permanente à la CNS (collège 2), Fédération régionale Pays de la Loire ;
- Gérard LUCAS, représentant l'UCMSF, médecin du travail sénior, à la CNS (collège 6), membre du bureau du Syndicat national des professionnels de la santé au travail (SNPST) ;
- Madeleine MADORE, représentante de l'association Le Lien, membre titulaire de la CNS (collège 2), pharmacienne ;
- Jean-Pierre MAZEL, représentant la CNAF à la CNS (collège 5), chef d'entreprise retraité, Président de la CARSAT Auvergne, MEDEF, membre de la CRSA Auvergne Rhône Alpes ;
- Jeanne MEYER, représentant la CRSA Grand Est à la CNS (collège 3), médecin, Présidente de l'IREPS Lorraine, membre de la FNES ;
- Stéphane MICHEL, représentant l'Union nationale des professionnels de santé (UNPS) à la CNS (collège 7), Union nationale des syndicats des masseurs kinésithérapeutes libéraux (UNSMKL) ;
- Laurent MILSTAYN, représentant l'Union nationale des professionnels de santé (UNPS) à la CNS (collège 7), Président du Syndicat national autonome des orthoptistes, trésorier général adjoint de l'UNPS ;
- Julien MOREAU, représentant la FEHAP – désignation CNOSS (collège 7), Directeur du secteur social et médico-social de la FEHAP ;
- Roselyne NICOLAS, Présidente France Acouphènes, membre du CNCPH et de sa Commission « santé, bien être, bientraitance » ;
- Christian MÜLLER, représentant les Conférences nationales des présidents de commissions médicales d'établissements de centres hospitaliers universitaires, des centres hospitaliers et de centres hospitaliers spécialisés à la CNS (collège 7), psychiatre, Président de la conférence nationale des présidents CME/CHS ;
- Vincent PERROT, représentant l'association Consommation, logement et cadre de vie, membre élu à la Commission permanente et à la Commission spécialisée « droits des usagers » de la CNS ;
- Céline POULET, représentant le CNCPH – Croix rouge française - élue de la CSDU à la CNS (collège 5), Déléguée nationale personnes en situation de handicap de la CRF ;
- Joëlle RASTAMI, représentant la CSA de Mayotte à la CNS (collège 3) ;
- Serge ROBERT, représentant l'association Fibromyalgie France, membre de la CNS (collège 2), - Secrétaire National de Fibromyalgie France ;
- Emmanuel RUSCH, Président de la CSDU de la CNS, représentant la CRSA du Centre Val de Loire (collège 3), Professeur des Universités - Praticien Hospitalier, Responsable DIM GHT 37, Directeur équipe recherche Education Ethique Santé, Président Fédération régionale des acteurs en promotion de la santé, Président de la Société française santé publique ;

- Corinne SCHAKOWSKI, représentant la CRSA des Hauts de France à la CNS (collège 3), membre du collège prévention de la CRSA, Directrice de l'Association pour la prévention de la pollution atmosphérique (APPA) ;
- Isabelle THUAULT-VARNET, représentant la CRSA Grand-Est à la CNS (collège 3), Déléguée régionale de l'Alliance maladies rares.

## ANNEXE 4 : TABLEAU DES AUDITIONS CONDUITES PAR LE GROUPE DE TRAVAIL

ORGANISMES	NOM	PRENOM	FONCTION	THEME	DATE
ATD Quart Monde	CORBEAU	Catherine	Animatrice du réseau santé	Médiateur en santé	20 avril
UFC – Que Choisir	BIDEAU	Daniel	2ème Vice-Président		20 avril
Association Francophone des Médiateurs de Santé Pairs	MAUGIRON	Philippe	Directeur	Médiateur en santé, pair-aidant	2 mai
AIDES	ANDREO	Christian	DGA	Empowerment VIH	2 mai
UPMC - Sorbonne Université	TOURETTE-TURGIS	Catherine	Professeur des universités	Patient-expert	7 juin
Santé Publique France	ARWIDSON	Pierre	adjoint à la directrice de la prévention et de la promotion de la santé	Conception des messages, campagnes	7 juin
Planning familial (équipe du Planning familial de Guyane)	MARCHALAND	Sonia	formatrice et coordinatrice du programme de santé sexuelle genre et sexualité	Ambassadeurs de santé	7 juin
	SPRINGER	Iris	Jeune paire (bénévole)		
	VERNET	Sylvana	Jeune paire (bénévole)		
	DOLINNI	Nadicha	Jeune paire (bénévole)		
APF France handicap	BOURDEN	Aude	Conseillère nationale Santé - Médico-social	RePairs aidants	28 mai
	PENICAUD	Hubert	responsable national du développement associatif (dont le service est en charge de l'école de la SEP)		
	GIRIER	Clotilde	Chargée de mission du projet Repairs Aidants		
La Croix-Rouge Française	POULET	Céline	Déléguée Nationale – Personnes en situation de Handicap (excusée)	Pair-émulation	28 mai
	CLAVERIE	Cyrielle	Cheffe de projet Handicap		
	JOVIN	Alicia	Chargée de mission Handicap		

## ANNEXE 5 : SYNTHÈSE INITIALE DES AVIS DES MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL



### Groupe de travail CNS

#### « Renforcer et mobiliser les acteurs de prévention »

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

#### Synthèse des questionnaires

23 questionnaires reçus

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

## Les métiers, qualifications, compétences.

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

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

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

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

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

## Les rémunérations

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

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

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

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

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

##### **- Un est culturel et porte sur la définition du champ de la PS-P.**

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

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

#### **Les formations**

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

Le champ de la PS-P est large et concerne tous les publics, de la naissance à la mort, avec l'objectif de rendre les personnes autonomes, critiques sur le monde qui les entoure, dès le plus jeune âge, ce qui suppose un travail de formation des acteurs sur leurs représentations de « ce qui est bon pour la

santé », en lien avec l'objectif de PS-P sur la capacité d'agir de la personne concernée ; c'est une entreprise citoyenne.

Le besoin de formation initiale et continue, est réitéré avec proposition d'identifier un socle de base PS-P du rôle propre non médicalisé ou non formalisé dans le processus de construction d'un corpus (concepts et intentions de la prévention - contextes d'intervention - publics - méthodologie d'élaboration, de mise en œuvre et d'évaluation de projet - connaissance et exploitation des données, immersion et analyse de pratiques ...).

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Le pilotage**

Inexistants au niveau national, les pilotages apparaissent inégaux, incoordonnés, décisionnaires/dépendants (ARS, médecine du travail et patronat) et non inclusifs de tous les

acteurs ; le résultat produit un paysage de millefeuille éclaté et parcellaire, avec un faible niveau de pilotage national.

Le construire aurait pourtant des avantages :

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

### **L'évaluation des actions**

Elle se réduit souvent à des bilans d'actions, dans un cadre contraint lié aux rendus exigés par les financeurs. Là encore, la méthodologie ressort comme un axe majeur de réflexion à avoir. L'évaluation reste le parent pauvre des actions, (économie d'un véritable diagnostic partagé, objectifs d'actions mal appréhendés dès le départ, cadre de résultat encore empreint de l'acquisition

de connaissances, fragilité des financements) et les actions ne sont jamais évaluées, car ce sont des évènements ponctuels, peu évaluables en termes d'impact. On évoque la nécessité d'un passage en mode projet, pour poser la question de l'évaluation d'actions parfois pertinentes mais non connues du grand public, surtout des publics les plus démunis.

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

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

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

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

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

#### **Culture de la prévention :**

- Faible,
- Défense de son pré-carré, cloisonnement, externalisation d'actions onéreuses, marché qui n'a pas forcément intérêt à voir les établissements scolaires devenir trop compétents (ex : établissement et harcèlement),
- Vision « disciplinaire » comme les enseignements : les produits, les écrans, internet, le SIDA et pas,

- Chacun agit de son côté, alors qu'en fait il s'agit à chaque fois de porte d'entrée différentes d'une même problématique = « apprendre à prendre soin de moi et de ceux qui m'entourent »,
- Champ interdisciplinaire vaste.

#### **Acteurs et structures :**

- Manque de reconnaissance des acteurs (visibilité par référentiels, statuts, rémunérations) et de valorisation des salariés de ce secteur,
- Acteurs de prévention ne développent pas toujours des compétences de leurs relais, leur permettant d'agir eux-mêmes, de mieux maîtriser les projets et donc leurs commandes,
- Méconnaissance des acteurs entre eux, donc pas de confiance construite et pas de compréhension des rôles de chacun,
- Offre pléthorique, pas toujours lisible,
- Absence de recrutement : ex : EN (médecins de l'éducation nationale, experts du service de promotion de la santé en faveur des élèves ; pas de réelle politique de recrutement par l'EN),
- Généralisation de zones de déserts médicaux en prévention (ex médecins redistribués sur d'autres missions, jugées par l'administration plus urgentes),
- Exercices dans des contextes différents (thématiques, budgets, implantation territoriale des associations).

#### **Financements :**

- Sacrifice du champ d'exercice « prévention/promotion de la santé » au profit du soin (système d'appels à projets qui induit les éléments délétères et antinomiques à l'avancée de la prévention et de la promotion de la santé : division, précarisation, concurrence, isolement, renforcement des préjugés) ;
- Précaires : ne permettent pas d'inscrire les actions dans la durée ;
- Marché de la prévention avec mise en concurrence des associations et des acteurs ;
- Aucun pilotage des acteurs à tous les échelons territoriaux ;
- Appels à projets à tous les niveaux avec gestion opportuniste ;
- Manque de moyens (humains et financiers) ;
- Juxtaposition de financeurs potentiels (assurance maladie, Collectivités territoriales, Mildeca, etc.) répondant à des instructions spécifiques ; ne favorise pas la coordination des projets et l'action concertée sur des territoires et des populations ciblées.

#### **Pilotage :**

- Coordination si les acteurs ne sont pas sur le même terrain ou le même territoire ;
- Sectorisation des secteurs ;
- Fondement de programmes d'actions sur des politiques et des valeurs associatives = difficultés, voire oppositions, or collectivement, gain = travailler sur la base de données probantes ou prometteuses ;
- Absence de priorités claires au niveau national et dans certains PRS ;
- Absence d'une véritable coordination des politiques nationales et régionales en matière de prévention des addictions = ces politiques sont alors soit trop santé, soit trop social, soit insuffisamment éducatives ;
- Manque de structures rassemblant les acteurs ;
- Pas de réelles missions de pilotages et de coordinations, en toute connaissance du milieu scolaire et extrascolaire. Lorsque ces missions existent, elles s'apparentent souvent à une réunion d'acteurs extérieurs présents et disponibles, qui interviennent suivant des budgets disponibles, pour réaliser ce qui est attendu par les circulaires ou les textes réglementaires ;
- Manque de temps pour le faire (lié au financement).

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

**Acteurs et structures :**

- Appui sur des dispositifs territoriaux (CLS par ex) favorisant la transversalité, la rencontre et la synergie des acteurs ;
- Promotion du partenariat et de la pluridisciplinarité (financements, analyses de pratiques, bilans sur actions, suite à des diagnostics partagés) ;
- Regrouper les structures qui ont parfois des missions proches (CLAT, CeGGID, Centre de vaccination, centre de planification) dont la multiplicité et la dispersion entraînent un défaut de visibilité et de lisibilité et une dispersion de moyens nuisant à l'efficacité ;
- EN : professionnels extérieurs, experts en méthodologies, pourraient mieux former les infirmières, les CPE, les directeurs d'écoles primaires, et les enseignants volontaires, pour leur permettre d'être autonomes et de renforcer leurs propres expertises ;
- Travailler sur le renforcement de la formation à tous les niveaux ;
- Rôle du pôle de compétences en PS-P.

**Financements :**

- Renforcement de l'identification des réseaux et de leur promotion (information) ;
- Volonté réelle politique de pérenniser les moyens donc les structures et par conséquent les acteurs ;

- Financement de temps pour permettre aux professionnels de participer à des revues de dossiers, a posteriori, sur un territoire donné ;
- Budget pérennisé après chaque expérimentation réussie - optimiser les ressources des territoires (mutualisation des moyens, complémentarité, partenariat) ;
- Fléchage de moyens sur la PS-P, en abandonnant le principe des appels à projets et en s'appuyant sur des financements pluriannuels (triennaux) ou sur des CPOM avec évaluation des résultats ;
- Comités pluridisciplinaires d'évaluation et d'attribution : cf. niveau département, ville, territoire ?

### **Pilotage :**

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

### **Culture de la prévention :**

- Proposer des actions sur les déterminants fondamentaux de la santé, qui soient encouragées et accompagnées ;

- Décloisonner les secteurs sanitaire, médico-social, ambulatoire ;
- Développer la culture de « l'agir avec » plutôt que du « lutter contre » ;
- Développer les liens prévention dans le parcours de santé (qui est surtout un parcours de soin) ;
- Comprendre le parcours de santé comme intégrable et proposer, par « la porte d'entrée » la plus adaptée à chaque usager, de l'intégrer à ses besoins, là où il en est, dans son parcours de vie ;
- Favoriser la mise en œuvre d'un continuum de réponses, gradué et articulé (prévention, intervention précoce, soins et réduction des risques).

<b>Recommandations</b>
------------------------

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

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

### **Rôle des ARS**

Souhait d'une évolution de leur rôle (moins dans le « flicage »), travaillant davantage « sur le terrain », favorisant une construction commune avec les acteurs avec :

- Le renforcement des différents espaces de concertation et de coordination des politiques régionales de santé en matière de prévention - mettre la prévention à l'ordre du jour des différentes instances de coordination territoriales de santé (les CPTS notamment) ;
- Considérer le parcours de santé comme outil d'intégration et proposer « la porte d'entrée » (dans le parcours) la plus adaptée à chaque usager ;

- L'inscription de la prévention dans la durée et la proximité territoriale : identifier la prévention comme un axe prioritaire des prochains PRS ;
- La mise en œuvre d'un continuum de réponses, graduée et articulée (prévention, intervention précoce, soins et réduction des risques), du diagnostic à la mobilisation de l'ensemble des dispositifs existant par territoire ;
- L'évaluation de tous ces dispositifs pour mener une politique de prévention dans le parcours global de la personne « tout le long de sa vie » et raisonner le déploiement de la prévention selon une logique de missions de dispositifs publics autorisés mais aussi de contenus ;
- Mise en place de structures transversales des coordinateurs.

### **Formation/culture**

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

#### **Incluant :**

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

#### **Intégrant :**

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

## **Pilotage**

### **Les capacités demandées :**

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

### **Les formes possibles évoquées :**

- Une approche par pilotage transversal et travail de réseaux ;
- Comité départemental (avec comités d'agglomération relais) de prévention et promotion de la santé (médecins, infirmiers scolaires, élus municipaux en charge de la santé, représentants des médecins libéraux et hospitaliers, du travail, représentants du service social de la ville, représentants d'usagers élus, et représentants élus du monde associatif sportif et du monde associatif de la prévention ;
- Fédération des acteurs dans un pôle de compétences avec représentation dans les PRS ;
- Rôle des ARS (voir plus haut).

## ANNEXE 6 : GLOSSAIRE

### Compétence

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

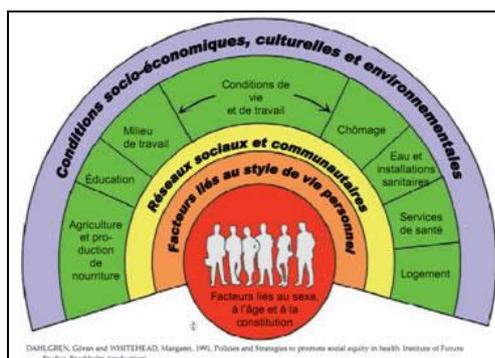
L'approche par compétence (APC) y est présentée comme une approche qui « consiste essentiellement à définir les compétences inhérentes à l'exercice d'un métier et à les formuler en objectifs, dans le cadre d'un programme d'études ». Une définition plus récente laisse davantage place à la mobilisation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

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

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

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

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



DARLIGREN, Göran and WHITEHEAD, Margaret, 1991, Policies and Strategies to promote social equity in health, Institute of Future Studies, Stockholm (Sweden)

## **Intersectoriel**

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

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

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

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

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

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

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

## **Promotion de la santé**

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

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

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

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

### Référentiel de métiers-compétences

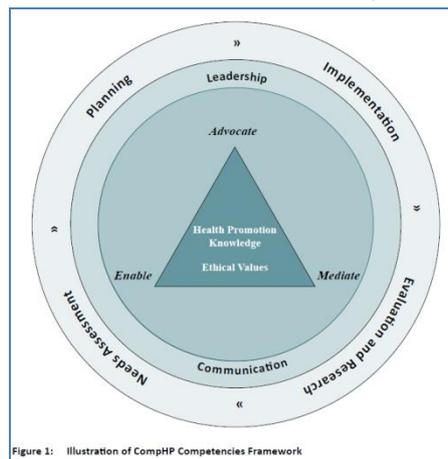
Le référentiel de compétences répertorie les compétences liées aux emplois. Il est nécessaire au pilotage des ressources humaines. Il permet d'associer l'étude des emplois et l'étude des ressources humaines de l'organisation.

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

Il se peut se construire en deux étapes :

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

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



[version 160318]

## ANNEXE 7 : LITTÉRATIE EN SANTÉ

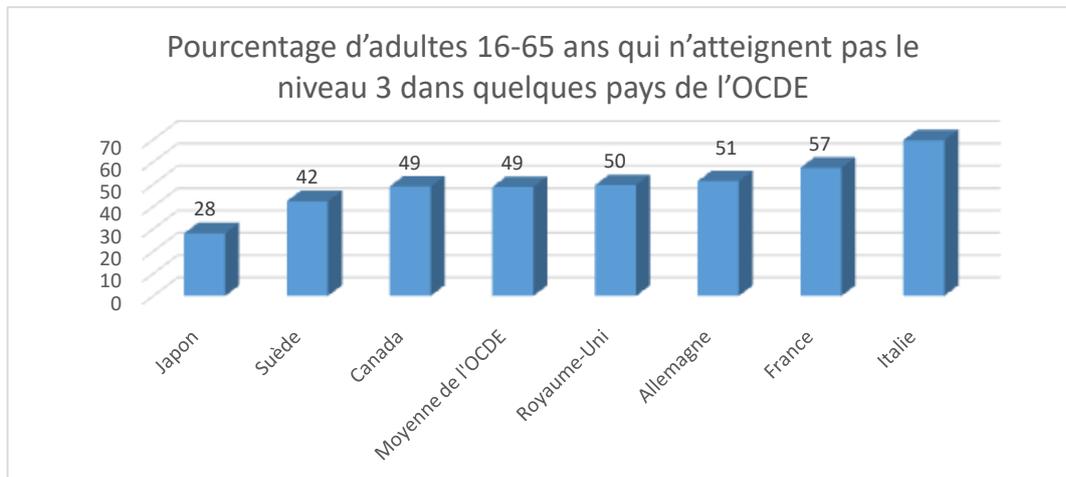
La CNS avait déjà formalisé un avis sur la littératie en santé en 2017 (LITTERATIE EN SANTE, USAGERS ET PROFESSIONNELS : TOUS CONCERNÉS !).

Le concept de littératie en santé s'inscrit dans le champ de la promotion de la santé, qui inclut lui-même celui de la prévention, de l'éducation pour la santé et de l'éducation thérapeutique du patient [Sørensen ; 2012]. Le développement de la littératie en santé permet à la population de s'impliquer dans les actions et les programmes de promotion de la santé. Réciproquement, ces actions et ces programmes favorisent l'augmentation du niveau de littératie en santé au sein de la population.

La littératie en santé peut se définir comme la « capacité d'accéder à l'information, de la comprendre, de l'évaluer et de la communiquer de manière à promouvoir, à maintenir et à améliorer sa santé, dans divers milieux, au cours de la vie » [Rootman ; 2008].

La problématique de la littératie en santé, comme l'indique le graphique 1, concerne tous les pays, et particulièrement la France.

**Graphique 1 : Scores obtenus par les adultes âgés de 16 à 65 ans sur les échelles PIAAC de littératie et numéracie (OCDE, 2012)**



Les recommandations de l'avis sur la littératie en santé en direction des intervenants du système de santé (pouvoirs publics, des professionnels, des universités, de l'Education nationale, etc.) sont rappelées ci-dessous.

### **Créer un environnement favorable au développement de la littératie en santé :**

- Promouvoir la relation partenariale entre usagers et professionnels,
- Poursuivre le développement du service public d'information en santé,
- Intégrer la littératie en santé dans tous les programmes d'enseignement,

- Sensibiliser et former à la littératie en santé les professionnels intervenants dans le champ de la santé,
- Sensibiliser les décideurs intervenants dans le champ de la santé.

**Mobiliser les ressources et les dispositifs pertinents pour développer la littératie en santé des populations vulnérables :**

- Soutenir la mise en œuvre, à tous les échelons territoriaux, de programmes de promotion de la santé et de prévention, en direction des populations vulnérables,
- Faciliter l'identification et l'orientation de l'utilisateur du système de santé vers des lieux ou des personnes ressources, tels que les associations et les représentants d'utilisateurs,
- Développer les métiers et dispositifs de médiation.

**Développer l'évaluation, la recherche, et diffuser les pratiques exemplaires :**

- Capitaliser et partager les pratiques exemplaires,
- Evaluer les initiatives visant le développement de la littératie en santé,
- Soutenir des recherches interventionnelles ayant pour objet les pratiques développant la littératie en santé.

L'accompagnement des personnes pour qu'elles gagnent en capacité d'agir, que nous appellerons ici empowerment, est un véritable enjeu sociétal et de santé publique. Il s'inscrit très clairement dans une démarche de réduction des inégalités de santé.

De nombreuses initiatives sont prises sur le plan social et celui de la santé : les médiateurs en santé, les interprètes, les nombreux intervenants aux compétences définies par les associations d'utilisateurs eux-mêmes.

## ANNEXE 8 : ETHICAL VALUES UNDERPINNING HEALTH PROMOTION CORECOMPETENCIES

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

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

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

## ANNEXE 9 : CONTRIBUTIONS<sup>11</sup>

### Contribution pour la Conférence Nationale de Santé

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

**Du 8 février 2018**

Cette contribution part du champ d'expertise et de connaissance de la Fédération Addiction, membre de la CNS dans le collège 7, « offreurs de soin ».

Ce point d'entrée des conduites addictives, permet un regard global et une compréhension des enjeux en santé qui dépasse la question des conduites addictives ; d'une part, parce que ces dernières sont plurifactorielles et recouvrent un large champ de la santé publique, et d'autre part, parce qu'elles révèlent des problématiques sociétales, structurelles et politiques qui traversent tout le champ sanitaire.

L'ensemble de nos réflexions et actions s'enracinent depuis longtemps dans la recommandation du changement de paradigme porté par la CNS, lors de l'adoption de son premier avis sur le sujet, le 8 février 2018

***« Pour toute politique de Prévention et de Promotion de la santé,***

***tant au niveau national que local,***

***FAIRE AVEC les populations concernées et dans le respect des droits des usagers ».***

---

<sup>11</sup> Les contributions apparaissent par ordre de réception par le secrétariat général de la CNS.



## Suites du rapport de la Conférence nationale de santé

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

### CONTRIBUTION DE LA FNES

(document de travail – C. Ferron – 17.06.18)

La Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé a été sollicitée le 12 juin 2018, par la Conférence nationale de santé, pour produire une note relative à l'extrait suivant de son rapport sur la formation et les compétences des acteurs :

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

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

#### **1. « Réaliser une mission d'observation des compétences mobilisées dans le cadre des actions menées et des métiers exercés, en tenant compte de la diversité des acteurs dont la PPS peut être, ou non, la seule activité »**

Vouloir observer les compétences et les métiers, apparaît comme une entreprise infinie, dès lors que l'on s'intéresse autant aux acteurs dont c'est le métier qu'à tous ceux qui interviennent en promotion de la santé. En effet, ces derniers recouvrent potentiellement tous les acteurs (professionnels ou bénévoles) qui agissent de façon positive sur les déterminants proximaux ou distaux de la santé, dans le champ sanitaire mais aussi dans le champ politique, environnemental, social, éducatif... Cette diversité rend le champ d'investigation illimité.

Cependant, en cohérence avec l'évolution de la promotion de la santé comme un champ de pratiques professionnelles, voire un domaine d'expertise, certains acteurs ont acquis des responsabilités clairement identifiées dans ce « sous-ensemble de pratiques spécialisées de la santé publique »<sup>12</sup>.

---

<sup>12</sup> Michel O' Neill, 2003

Quatre niveaux d'intervention sont nécessaires pour favoriser un développement cohérent de la promotion de la santé sur un territoire :

- L'observation et l'analyse précise de la situation, correspondent au 1<sup>er</sup> niveau,
- La définition des orientations stratégiques et l'organisation de l'offre, constituent le 2<sup>ème</sup> niveau,
- Le développement des compétences et de la professionnalisation des acteurs-relais, correspond au 3<sup>ème</sup> niveau,
- Enfin, la mise en œuvre d'actions auprès des populations, constitue le 4<sup>ème</sup> niveau.

A chacun de ces 4 niveaux d'intervention, correspondent des catégories d'acteurs identifiés dans le tableau suivant, en fonction des activités qu'ils réalisent :

Niveau d'intervention	Contenus	Catégories d'acteurs	Exemples d'acteurs impliqués
<b>(1) Observation et analyse de situation</b>	Epidémiologie et santé perçue	Spécialistes des méthodes de recueil et d'analyse de données statistiques et épidémiologiques	Observatoires régionaux de santé (ORS)  Cellules interrégionales d'épidémiologie (CIRE)  Equipes dédiées à l'Agence régionale de santé (ARS) et au niveau de l'Assurance maladie (Caisses et/ou Services médicaux)  Laboratoires universitaires et équipes de recherche
	Déterminants sociaux et environnementaux de la santé	Spécialistes des méthodes de recueil et d'analyse de données en sciences humaines et sociales, et en santé-environnement	Observatoires régionaux de santé (ORS)  Cellules interrégionales d'épidémiologie (CIRE)  Centre Régional d'Etudes, d'Actions et d'Informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité (CREAI)  Laboratoires universitaires et équipes de recherche
	Besoins ressentis, demandes et attentes	Acteurs de proximité	Agences régionales de santé (ARS)

en matière de qualité de vie, de bien-être social, mental, physique		Collectivités territoriales, élus  Centre Régional d'Etudes, d'Actions et d'Informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité (CREAI)  Professionnels et bénévoles associatifs (Instances régionales d'éducation et de promotion de la santé – Ireps, associations d'utilisateurs...)
Ressources disponibles : dispositifs, acteurs, offres de services, actions	Acteurs en situation de diffuser ou mobiliser ces ressources	Agences régionales de santé (ARS)  Collectivités territoriales, élus  Professionnels et bénévoles associatifs (Instances régionales d'éducation et de promotion de la santé – Ireps, associations d'utilisateurs...)

Niveau d'intervention	Contenus	Catégories d'acteurs	Exemples d'acteurs impliqués
<b>(2) Définition des orientations stratégiques et organisation de l'offre</b>	Mobilisation et coordination des différents acteurs : <ul style="list-style-type: none"> <li>pour analyser le diagnostic de l'état de santé, de l'offre et des besoins et en tirer des stratégies d'intervention</li> <li>pour décider des thèmes, publics, milieux et territoires prioritaires</li> <li>pour assurer la synergie et la complémentarité des acteurs et des actions</li> <li>pour effectuer la</li> </ul>	Institutions en charge de/ impliquées dans la politique régionale de santé publique  Dispositifs et instances de coordination et de concertation  Collaborations intersectorielles	Agences régionales de santé (ARS) et autres institutions régionales d'Etat (Rectorat, Direction régionale Jeunesse et sport et cohésion sociale...)  Assurance maladie obligatoire (AMO) et complémentaire (AMC)  Commission de coordination des politiques publiques  Collectivités territoriales  Conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA) et Conseils territoriaux de santé
		Coordonnateurs de dynamiques territoriales en charge de la mise en	Instances régionales d'éducation et de promotion de la santé (Ireps) et associations

	réalisation du suivi et de l'évaluation des actions	lien et l'articulation des acteurs d'un territoire à court ou long terme	thématiques Animateurs territoriaux de santé Ateliers santé ville
<b>(3) Développement des compétences des acteurs relais</b>	<p><i>Préalables : recherche, évaluation, expérimentation, élaboration de référentiels</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Documentation</li> <li>▪ Formation initiale et continue</li> <li>▪ Appui méthodologique</li> <li>▪ Analyse de pratiques</li> <li>▪ Transfert et courtage de connaissance</li> <li>▪ Démarche-qualité</li> </ul>	<p><i>(Acteurs dits « de seconde ligne »)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Documentalistes spécialisé.e.s</li> <li>▪ Chercheurs et formateurs dans le champ de connaissances intéressant la promotion de la santé</li> <li>▪ Formateurs et conseillers en méthodologie de projet de promotion de la santé : accompagnement à la mise en œuvre de projets, de méthodes et pratiques efficaces d'intervention en promotion de la santé</li> </ul>	<p>Instances régionales d'éducation et de promotion de la santé (Ireps) et associations thématiques</p> <p>Laboratoires universitaires et équipes de recherche</p>
<b>Niveau d'intervention</b>	<b>Contenus</b>	<b>Catégories d'acteurs</b>	<b>Exemples d'acteurs impliqués</b>
<b>(4) Mise en œuvre d'actions auprès des populations dans différents milieux</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Approche individuelle ou collective</li> <li>▪ Diffusion d'information / Développement des compétences favorables à la santé</li> <li>▪ Implication des populations dans la conduite de l'action et développement de leur pouvoir d'agir</li> </ul>	<p><i>(Acteurs dits « de première ligne »)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Animateurs de prévention, extérieurs au milieu d'intervention</li> <li>▪ Professionnels en relation avec une population</li> <li>▪ Structures accueillant du public</li> </ul>	<p>Instances régionales d'éducation et de promotion de la santé (Ireps) et associations thématiques</p> <p>Enseignants, infirmiers, médecins, travailleurs sociaux, référents ou conseillers santé, responsables de service, chefs d'entreprise...</p> <p>Assurance maladie obligatoire (AMO) et complémentaire (AMC)</p> <p>Centres d'examen de santé, écoles, espaces d'éducation populaire, entreprises, maisons de</p>

	quartier, prisons, centres d'hébergement et de réinsertion sociale, établissements de santé ou médico-sociaux, missions locales ou centres éducatifs de la protection judiciaire de la jeunesse...
--	--

## 2. « Construire un référentiel de métiers et de compétences » :

Il existe un référentiel de compétences en promotion de la santé dont la validité est reconnue. Il s'agit du référentiel CompHP élaboré par l'Union internationale d'éducation et de promotion de la santé [Dempsey, C., Battel-Kirk B., Barry M.M. et les Partenaires du Projet CompHP (2011), *Cadre de Référence sur les Compétences pour la Promotion de la Santé* ; UIPES, Paris. Traduction francophone Lapierre, J & Ory, A. (2012). Gatineau (Québec) : Équipe FQRSC en prévention de l'obésité.].

Quant au projet de construire un référentiel de métiers, il risque d'être difficile à mettre en œuvre, dans la mesure où les métiers d'éducateur de santé ou de promoteur de santé n'existent pas. Dans le champ de la promotion de la santé, il s'agit davantage de fonctions ou de missions, comme cela est indiqué dans le tableau ci-dessus, qui distingue observation et analyse de situation, définition des orientations stratégiques et organisation de l'offre, développement des compétences des acteurs relais, et mise en œuvre d'actions auprès des populations dans différents milieux.

## 3. « Développer des politiques de formation adaptées » :

Extrait du rapport « *Analyse des besoins et ressources pour la formation opérationnelle en promotion de la santé* », remis par la Fnes à Santé publique France, le 27 avril 2018 :

*D'importantes évolutions du champ de la promotion de la santé affectent le domaine de la formation. L'irruption récente, dans ce champ, des notions de transfert et de courtage de connaissances, engage tous les acteurs de seconde ligne et les organismes de formation à modifier leur offre en intégrant ces notions, soit en proposant des formations à ces démarches, soit en les appliquant dans le cadre des processus de formation considérés comme des dispositifs de transfert de connaissances.*

*De même, le développement de la recherche interventionnelle en promotion de la santé, invite les offreurs de formation à proposer des formations à cette méthodologie de recherche, destinées aux intervenants de la promotion de la santé et aux chercheurs. Les processus-mêmes de recherche interventionnelle peuvent également être considérés comme contribuant à la formation des uns et des autres.*

*Le développement de la recherche interventionnelle, du transfert et du courtage, entraîne un changement massif du rapport des acteurs (qu'ils soient de première ou deuxième ligne, chercheurs ou décideurs) à la connaissance et à la documentation en promotion de la santé. Cette évolution impacte forcément la formation dans toutes ses composantes : les besoins et demandes en formation, la construction de l'offre de formation, les supports, méthodes et outils de la formation et son évaluation. Ces aspects mériteraient sans doute d'être davantage creusés, pour identifier précisément la nature de cet impact, son ampleur, ses conséquences, etc.*

*La mise à disposition et l'utilisation de plus en plus facilitées des réseaux sociaux, ont également entraîné des changements importants dans le rapport des demandeurs à la formation, et en termes d'adéquation de l'offre de formation à cette nouvelle donne. Outre le développement des MOOC (Massive Open Online Course), dont l'impact réel demande à être évalué, on constate l'essor de modalités spécifiques de formation, s'appuyant sur Internet et les réseaux sociaux, dont font partie les communautés de pratiques. Les membres de ces communautés sont invités à travailler ensemble, à travers des plateformes internet, leur permettant de trouver des solutions aux problèmes rencontrés dans leur pratiques professionnelles, de partager et mutualiser leurs savoirs et expériences. Ces plateformes poursuivent notamment des objectifs de formation de leurs membres, au travers de l'apprentissage par les pairs, du transfert de connaissances, de l'interaction, de l'entraide et de la mise en commun de ressources. A titre d'exemple, l'Ireps Paca a mis en place une communauté de pratiques pour les acteurs de différents projets menés dans la région [<http://www.cres-paca.org/a/401/nouveau-les-communautés-de-pratiques-du-cres-paca/>].*

*Cette communauté est proposée aux acteurs de l'éducation thérapeutique du patient et des ateliers santé - ville, mais aussi aux partenaires impliqués dans différents programmes en cours, tels que le Moi(s) sans tabac, la prévention de la crise suicidaire ou la prévention des risques auditifs, la vaccination. Les participants sont invités à suivre l'actualité de la thématique et du projet, à réagir, mais aussi à proposer et publier des actions, des outils, et des informations sur des manifestations.*

*Enfin, les démarches de capitalisation des interventions en promotion de la santé, menées par plusieurs organismes en France actuellement, constituent également des modalités de formation innovantes auxquelles il conviendrait de s'intéresser dans une recension complète de l'offre existante. Ces approches comportent en effet une dimension pédagogique importante, les acteurs étant amenés à décrire leurs interventions de manière approfondie, dans le cadre d'une démarche réflexive favorisant l'analyse et la prise de recul sur leurs pratiques, ainsi que l'identification de pistes d'amélioration.*

**4. « Des métiers à fort enjeu, autour du pilotage, de la coordination et de la mise en œuvre des actions au plus près des usagers sur les territoires (...) devraient faire l'objet d'une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences pour s'assurer de leur présence sur tous les territoires »**

L'utilisation du terme d'usagers (plutôt que « populations » ou « habitants ») évoque des professionnels, œuvrant en particulier auprès des utilisateurs du système de santé, tels que les personnes atteintes de maladie chronique. Dès lors qu'ils s'investissent « dans le pilotage ou dans la coordination », il peut s'agir de « case managers » ou d'acteurs des plateformes territoriales d'appui. S'ils mettent en œuvre des actions au plus près des usagers, il peut s'agir des professionnels de santé ou des représentants des usagers.

Si le terme d'usagers ne doit pas être pris au sens strict, des acteurs tels que les Ireps peuvent être inclus dans les structures impliquées dans le pilotage ou la coordination au niveau loco-régional. Des institutions comme les ARS et leurs délégations territoriales, ou des collectivités, peuvent être également identifiées comme jouant un rôle majeur en cette matière.

Ces « métiers à fort enjeu » mériteraient donc d'être plus précisément définis pour prolonger cette réflexion. En effet, estimer que ces métiers « devraient faire l'objet d'une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, pour s'assurer de leur présence sur tous les territoires » sous-entend qu'ils sont actuellement insuffisants ou menacés ou répartis de manière inéquitable sur les territoires. Ce constat de départ doit être confirmé par des données précises.



**NOTE SYNTHETIQUE DE PRESENTATION**  
DES METIERS DE LA PREVENTION et DE LEURS ENJEUX  
Contribution ANPAA

---

L'objectif de cette note est de porter à la connaissance de la Conférence Nationale de Santé, une première analyse très synthétique sur les métiers de la prévention et sur leurs enjeux tels que nous les percevons à l'ANPAA.

*Point de vigilance : cette note est la première réflexion très synthétique que l'ANPAA produit sur les métiers de la prévention. L'ANPAA va s'engager dans les prochaines années à des travaux plus poussés en matière de gestion prévisionnelle de l'emploi et des compétences, qui permettront de mieux appréhender ces métiers et leur évolution.*

## **1. Présentation de l'ANPAA et de son activité de prévention**

Outre ses activités de soins (72 Csapa, 11 Caarud et 74 places de soin résidentiel), l'ANPAA gère en France des activités de prévention. Elle représente des produits à hauteur d'environ 18 millions d'euros. Les financements de ces activités proviennent principalement de subventions des ARS puis des Conseils régionaux, des Conseils départementaux et des mairies. L'ANPAA emploie 135 personnes ne réalisant que des activités de prévention, sachant que des salariés de structures médico-sociales peuvent également réaliser des activités de prévention, ces salariés ne sont pas valorisés dans cette note, tout comme ceux des fonctions support administratif de la prévention. Il est important de préciser que certains salariés réalisant des actions de prévention, peuvent être amenés à réaliser des actions de formation au titre de l'organisme de formation de l'ANPAA.

## **2. Présentation des ressources humaines en prévention à l'ANPAA**

### **a. Le nombre de personnes, l'ancienneté moyenne, moyenne d'âge**

L'ANPAA emploie en 2017<sup>13</sup>, 135 salariés dédiés à la prévention dont 95 animateurs (77 femmes et 18 hommes), 2 directeurs de la prévention et 21 cadres qui occupent des fonctions de coordination en matière de prévention. Ces salariés sont soit rattachés à des directeurs d'établissements ou à des directeurs régionaux.

L'ancienneté moyenne de ces salariés est de 8 ans : 8 ans pour les femmes et 9 ans pour les hommes.

L'âge moyen de ces salariés est de 40 ans : 40 ans pour les femmes et 43 ans pour les hommes.

### **b. La classification des salariés en prévention à l'ANPAA**

L'ANPAA applique aujourd'hui la Convention Collective du 15 mars 1966. Il est important de noter que cette convention ne prévoit pas de classification pour les métiers de la prévention, ni de classification intermédiaire, les salariés sont soit cadres soit employés. Le statut d'Employé, Technicien, Agent de Maîtrise (ETAM) n'existe pas. Ces deux facteurs complexifient la classification des personnes ne réalisant que des actions de prévention. Les animateurs dits de prévention sont donc classés dans la catégorie des animateurs socio-éducatifs, les métiers de cadre de la prévention

---

<sup>13</sup> Données du bilan social 2017 de l'ANPAA

relèvent soit de la classification des attachés de direction soit des chargés de mission. Ceux de direction relèvent des classifications de directeur d'établissement.

Au 31/12/2017, les classifications des personnes réalisant de la prévention sont soit :

- Animateur (70%)
- Attaché de direction / Chargé de mission (15%)
- Directeur de prévention
- Travailleur social, infirmier ou psychologue.

c. Les métiers émergents de la prévention au sein de l'ANPAA

Pendant longtemps, la principale mission des animateurs était d'intervenir directement auprès des publics cibles, avec pour mission d'informer la population en matière d'addictions. Depuis plusieurs années, l'animation d'actions de prévention fait toujours partie des missions remplies par les animateurs mais s'intègre dans un processus plus global et répond à une vraie méthodologie de projets (diagnostic et analyse des besoins, objectifs, réalisation de l'action, évaluation, communication). Les compétences nécessaires ont donc elles aussi évolué (montée en compétences des professionnels, nouveaux recrutements type Master 2 en santé publique ou sciences humaines appliquées à la santé et à la promotion de la santé) pour occuper les postes d'animateurs. Or, cette évolution des missions et des compétences nécessaires n'apparaît pas dans la convention collective et n'est pas valorisée. Les métiers émergents sont essentiellement des postes nécessitant un niveau I et étant classés dans la convention collective comme des cadres.

d. Les métiers de la coordination et d'ingénierie de projet en prévention

Les politiques locales de santé nécessitent d'inscrire les projets de prévention sur les territoires afin de répondre aux enjeux de santé publique. Cet ancrage territorial a notamment pour objectif de permettre à chaque individu de s'inscrire dans un parcours de santé. Pour cela, il est indispensable de travailler de manière intersectorielle (l'éducation nationale, le milieu associatif, les collectivités locales, etc.) et de coordonner les différents acteurs impliqués. Cette coordination peut s'effectuer à deux niveaux :

- A l'échelle régionale où les missions sont remplies par les Responsables de Prévention Régionale (RPR) : coordination des actions avec une vision régionale en lien avec les priorités régionales, pilotage des projets, évaluation/démarche qualité et animation/partage des bonnes pratiques (fiche de poste en annexe). Ce métier a été créé en 2017 à l'ANPAA ;
- A l'échelle territoriale où il s'agit de faire le lien entre les acteurs territoriaux et participer à l'impulsion d'une dynamique locale de prévention et/ou dans le cadre d'une priorité de santé bien définie comme le tabagisme par exemple (exemple : coordinateurs territoriaux en Normandie, dans le cadre des Pôles de Prévention Compétents en Addictologie ou les chargées de mission « mois sans tabac »).

e. Des compétences émergentes

Par ailleurs, l'objectif est aussi souvent de former les acteurs de première ligne, afin de repérer le plus précocement possible les problématiques addictives des individus et, ainsi, pouvoir les orienter

vers un parcours d'accompagnement. Un certain nombre de professionnels de l'ANPAA, issus de la prévention, conçoivent et animent des formations en ce sens.

Ces métiers apparaissent de plus en plus au niveau local et/ou régional.

Une distinction doit s'opérer du point de vue des compétences attendues des professionnels de la prévention et de la promotion de la santé (dont ceux de l'ANPAA) et des acteurs de premier recours vis-à-vis des modalités de formation de ces professionnels. Les compétences attendues ne sont pas les mêmes et doivent faire référence à des référentiels distincts. L'existence et la reconnaissance de référentiels de compétences permettraient d'envisager des pistes du côté de la professionnalisation des acteurs et des dispositifs existant dans le champ de la formation (processus de certification ?).

Il est important de penser et d'intégrer le marketing social et ses outils, comme des stratégies complémentaires aux actions d'éducation pour la santé et de prévention. Pour cela, il convient de donner aux professionnels les moyens de cette modernisation pour leur expertise, leur démarche éthique, leur indépendance vis-à-vis des organismes intéressés à l'offre de produits (alcooliers, industries du tabac, etc.), leur respect des droits des personnes, etc.

### **3. Les propositions de l'ANPAA**

La prévention a été inscrite dans la loi de santé ; elle occupe une place de choix dans la Stratégie Nationale de Santé. Le Premier Ministre a précisé dans ce cadre que : « *La prévention doit devenir centrale dans toutes les actions qui visent à améliorer la santé de nos concitoyens* » (Comité interministériel pour la santé - PNSP 2018). Les 25 mesures pour les priorités de la politique de prévention ont été publiées et ne manqueront pas d'avoir un impact sur nos actions de prévention.

Or, la question des moyens est toujours prégnante. L'efficacité, l'efficience de la prévention et de la promotion de la santé, sont démontrées ; les données probantes s'accumulent ; les acteurs sont toujours mieux formés et plus professionnels ; la démarche qualité, l'évaluation sont omniprésentes, les procédures « protocolisées » se développent, les collaborations avec l'université se multiplient, notamment en matière de recherche interventionnelle...

Alors que les enjeux sont posés en termes de santé, la reconnaissance des acteurs professionnels de la prévention n'existe pas. Face à l'accroissement de leurs compétences, les moyens financiers alloués ne permettent pas de financer des postes de cadre. L'ANPAA, dans ses rapports moraux, dénonce depuis plusieurs années, « *le gâchis des expériences acquises, des mois ou années de formation investis en pure perte ; il y a un gâchis humain que nous dénonçons. La précarisation professionnelle entraîne désillusions et souffrances ; un comble dans un pays qui fait de la prévention des risques psychosociaux une priorité. Les acteurs de la prévention doivent être reconnus, ils doivent pouvoir bénéficier d'un statut adapté, reconnaissant et valorisant leurs compétences. Prenons garde à ne pas galvauder ces compétences !* »<sup>14</sup>

Il est urgent d'inscrire ces métiers de la prévention au sein des conventions collectives du secteur social et médico-social. La construction d'une convention collective unique, étendue dans la branche

---

<sup>14</sup> Rapport moral ANPAA 2017

associative sanitaire, sociale et médico-sociale (Bass), doit être une opportunité pour faire figurer ces métiers de façon précise, avec une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences associées (référentiels de compétences et parcours associés).

Il est également clair qu'une revalorisation des salaires aura un impact sur les budgets des actions ; il sera donc important d'obtenir un portage politique et financier de ce projet, correspondant à l'ambition du projet gouvernemental qui a un impact sur les métiers de la prévention.

## **Conclusion**

Pour l'ANPAA, la prise en compte d'une politique ambitieuse de prévention doit s'appuyer sur des compétences reconnues, qui doivent se retrouver au sein des classifications des conventions collectives et être sanctuarisées financièrement par les différents financeurs.

# **ANNEXE**

---

## FICHE DE POSTE

### Responsable Prévention Régional

---

#### **RATTACHEMENT HIÉRARCHIQUE**

N+1 : Directeur Régional

#### **LIENS FONCTIONNELS**

Avec l'ensemble des membres du comité de direction régional

#### **MISSIONS GÉNÉRALES**

Sous l'autorité du Directeur régional et en coordination avec les membres du Comité de Direction Régional, le RPR contribue au déploiement de la stratégie Prévention au sein de la région. Il coordonne et pilote les activités régionales dans le domaine de la prévention et de la formation, selon l'organisation de la région, dans le respect des procédures internes applicables.

Il est membre du Comité de Direction Régional.

Il contribue, dans son domaine d'expertise, à des groupes de travail et à des projets nationaux, au niveau de l'association.

Il doit respecter et faire respecter les obligations légales qui résultent de l'ensemble des dispositions légales ou réglementaires applicables, d'origine nationale ou supranationale, et des dispositions conventionnelles ou institutionnelles.

#### **DESCRIPTIF DES MISSIONS ET DES ACTIVITÉS**

- **Coordonner les Activités :**

- ✓ Contribue à l'élaboration, avec le Directeur régional et les directeurs d'établissement, des grandes orientations régionales sur la formation et la prévention et la modélisation économique associée ;
- ✓ Pilote la réalisation des activités en lien avec le Comité de direction régionale ;
- ✓ Valorise les actions des activités formation et prévention, au sein de la région, en interne et en externe de l'ANPAA ;
- ✓ Anime les projets formation et prévention et conçoit leur déploiement, en lien avec le Directeur régional et le Comité de direction régionale ;
- ✓ Coordonne, en lien avec les directeurs d'établissement, les équipes mobilisées sur la formation et la prévention ;

- ✓ Accompagne la mise en œuvre, au sein des activités formation et prévention, des démarches d'harmonisation et d'amélioration de la qualité ;
  - ✓ Coordonne la représentation de l'association, auprès des instances et partenaires externes, sur son périmètre d'intervention en lien avec le Directeur régional ;
  - ✓ En lien avec les directeurs d'établissements, il veille à la bonne gestion financière des activités et s'assure de la bonne exécution des budgets, des plans pluriannuels de financement et des conventions d'objectifs et de moyens ou des conventions pluriannuelles d'objectifs et de moyens ;
  - ✓ Réalise les reportings quantitatifs et qualitatifs de l'ensemble des actions réalisées sur les 2 périmètres d'activité au niveau Régional et National ;
  - ✓ Contribue au déploiement de GI2A sur l'aspect prévention et participe aux réflexions de l'évolution de l'outil ;
  - ✓ Rend régulièrement compte de ses missions et de ses activités auprès du Directeur régional.
- **Contribution à la production et au partage des bonnes pratiques**
    - ✓ Contribue à la production des repères de bonnes pratiques de l'ANPAA en matière de prévention et de formation, en les repérant et en les valorisant au niveau régional et national ;
    - ✓ Participe aux travaux du siège, sur le repérage et la construction des repères de bonnes pratiques à l'ANPAA ;
    - ✓ Transmet aux directeurs et aux équipes, les bonnes pratiques élaborées par l'ANPAA et veille à leur appropriation par les équipes, en lien avec les directeurs.
- **Veille à la mise en œuvre de la politique qualité, définie par l'ANPAA**
    - ✓ Met en œuvre, avec les directeurs, la politique qualité.
- **Gestion des Ressources Humaines**
    - ✓ Coordonne les activités des équipes intervenant sur le périmètre prévention et formation, au sein de la région, en lien avec le comité de direction régional ;
    - ✓ N'a pas de lien hiérarchique avec les équipes mobilisées sur son périmètre d'intervention.

## Connaissances

- Connaître son environnement, les partenaires institutionnels, les prescripteurs, les autorités de tarification, ainsi que les acteurs du champ de l'économie sociale et solidaire et de la promotion de la santé ;
- Connaître les logiques de construction d'un budget ;
- Connaître les procédures internes de l'association ;
- Connaître les acteurs de l'Association ;
- Connaître le champ du médico-social et de l'addictologie ;
- Maîtriser la gestion de projet ;
- Maîtriser l'animation d'équipe, en fonctionnement matriciel ;
- Maîtriser les outils bureautiques et les outils internes (GI2A...).

### **Qualités requises**

- Rigueur
- Sens de l'organisation
- Qualités relationnelles et adaptation à tout interlocuteur
- Capacité à fédérer
- Capacités rédactionnelles
- Entrepreneurial, esprit d'initiative
- Ouverture d'esprit, curiosité et créativité
- Négociation et force de proposition

### **Diplôme requis**

Niveau BAC + 4 - droit de la santé, sciences sociales ...

### **Classement conventionnel CCN 66**

Cadre Classe 2 – niveau 2 à niveau 1

### **Poste**

A temps plein ou partiel

Déplacements en région fréquents

## INTRODUCTION

En tant que Fédération Addiction, nous nous centrons sur les risques découlant des conduites d'usage et des addictions, mais sans oublier leurs liens aux autres versants de la santé globale.

La prévention visera non seulement à informer, mais aussi à intervenir précocement sur les risques liés à des pratiques diverses, et à raccourcir autant que possible le délai entre l'apparition des premiers signes d'un trouble et la mise en œuvre d'un accompagnement adapté. Pour tous les champs, elle mobilise nombre d'acteurs, dans une dynamique citoyenne et collective, pour s'adapter spécifiquement aux situations complexes.

Elle nécessite de reconnaître **l'existence de publics différents, aux vulnérabilités différentes.**

La prévention doit tenir compte des risques spécifiques pour la santé, que représentent des substances, objets ou comportements, et des modalités de rencontre, que la société induit.

L'exemple des conduites addictives irrigue la réflexion sur l'offre et le système de santé d'abord, car elles naissent sur le terreau des modes de vies<sup>15</sup>, avant de devenir des pathologies individuelles.

L'extension des opportunités par exemple - augmentation des points de vente de jeux d'argent et du marché des substances, démultiplication des objets type « écrans » - va se traduire par une augmentation des personnes en difficulté, accentuée par leurs vulnérabilités individuelles et les caractéristiques des substances et des objets.

Les conduites addictives nous amènent à réfléchir aux notions de régulation, de responsabilité collective et d'information, d'éducation, comme de la promotion d'environnement favorable, et à nous pencher **sur la réalité et la diversité des motivations de prise de risque avec sa santé**, notamment pour rencontrer le public.

Par ailleurs, cette porte d'entrée amène aussi une expertise sur la structuration de l'offre d'accompagnement associant réduction des risques, aides psycho-éducatives, et accompagnement vers les soins. **Elle illustre la nécessité de penser la prévention dans un continuum d'interventions.**

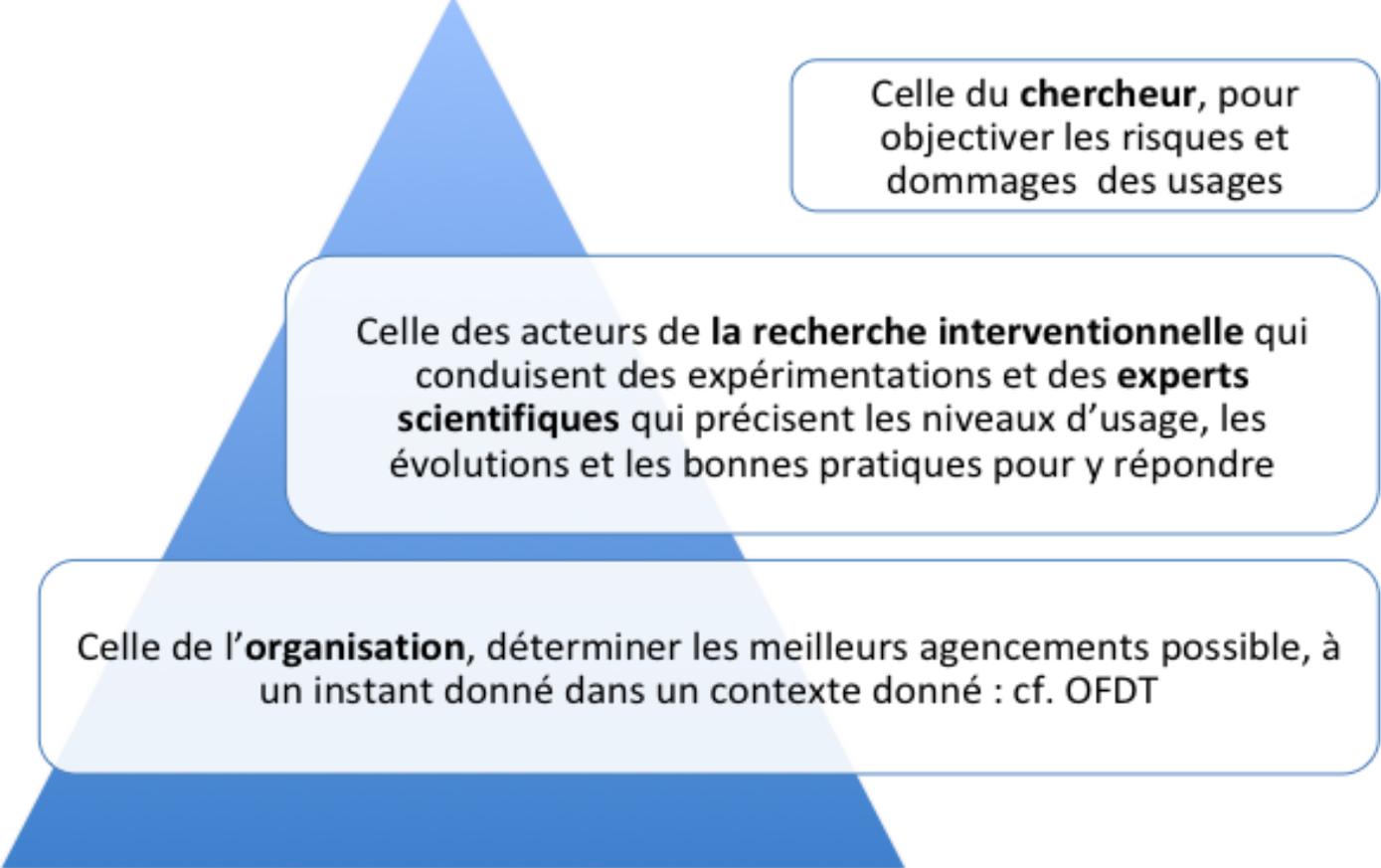
**Stratégie globale de prévention = 3 niveaux d'expertise à prendre en compte**

---

<sup>15</sup>Couteron JPA *Adolescence ? Comprendre vite et mieux*, Editions Belin, « IV Consommations », p.93, 2014 & Couteron JPet Chambon J, *Aide-Mémoire d'addictologie, Modernité et addictions, la société addictogène*, Dunod, 2015

Les études montrent que la prévention doit être **une stratégie globale**, à la fois diversifiée et étagée, généraliste et adaptée à ses publics.

Ainsi, une gouvernance efficace de la prévention en santé se fondera sur la prise en compte de trois niveaux d'expertise :



Celle du **chercheur**, pour objectiver les risques et dommages des usages

Celle des acteurs de la **recherche interventionnelle** qui conduisent des expérimentations et des **experts scientifiques** qui précisent les niveaux d'usage, les évolutions et les bonnes pratiques pour y répondre

Celle de l'**organisation**, déterminer les meilleurs agencements possible, à un instant donné dans un contexte donné : cf. OFDT

## L'expertise des risques et des dommages

La prévention se fonde sur les risques sanitaires et sociaux résultant des pratiques d'usage. Il est donc important de les documenter, au fur et à mesure de l'évolution des connaissances : cancer et alcool, cannabis et troubles des apprentissages, jeux en ligne et captation de l'attention, etc. Cette tâche fondamentale incombe aux chercheurs qui documentent les effets des produits.

Nécessaires, ces données ne sauraient être suffisantes, car vouloir dissuader, par la dénonciation, des conséquences les plus négatives, n'est pas adapté à une société où les stratégies de communication, de marketing et de lobbying, « brouillent » les lignes et utilisent les émotions pour orienter les décisions. Une trop forte focalisation sur les conséquences sanitaires, conduit à une vision biaisée ciblant un homo medicus fictif, sorte d'idéal-type.

Ne pas en rester aux futurs effets, sur la santé, d'une consommation, mais en considérer les causes multiples, ressenties dans le présent, aide à mieux ajuster la prévention. Elle doit rester au plus près du sens réel des pratiques des personnes concernées, sortir d'un idéal sanitaire et se rapprocher d'une démarche fonctionnelle d'éducation et de promotion de la santé, intégrant besoins et attentes des individus et s'appuyant d'avantage sur leurs forces que sur leurs faiblesses.

## L'expertise des bonnes pratiques et des outils

Après l'expertise sur les risques, il faut s'appuyer sur des pratiques de prévention validées, au travers d'un dispositif sanitaire transversal de prévention. Pour être efficient, ce dispositif se fondera sur 4 axes essentiels :

1. la dimension multi-acteurs et le partage de compétences ;
2. la dynamique de programme ou d'accompagnement au long cours des pratiques ;
3. l'adaptation et le calibrage des actions en fonction du public ciblé ;
4. la place centrale du pouvoir d'agir des publics ciblés.

### **1- la dimension multi-acteurs et le partage de compétences :**

La formation de tous les acteurs et la diffusion d'un langage commun : l'appui sur l'ensemble des acteurs concernés, spécialisés ou non, permet une stratégie globale d'élaboration d'objectifs et de discours communs. La formation des acteurs non spécialisés, de premier recours notamment, est un atout indéniable.

Pour exemple, la formation, sur une même région, de toutes les infirmières scolaires, à l'Intervention Précoce, permet un accompagnement et un suivi au long cours, autant en promotion de la santé qu'en prévention lors des premières expérimentations chez les jeunes.

De la même manière, la formation des acteurs non spécialisés en santé, et participant à la diffusion des objets d'addictions tels que les débitants d'alcool, de tabac et de jeux d'argent, appuyée sur des expertises spécifiques selon les publics et leur statut spécifique vis à vis de l'état (licences), permet d'accroître les leviers de prévention des risques et des conséquences négatives, ainsi que de l'aggravation des consommations.

### **2 - la dynamique de programme ou d'accompagnement au long cours des pratiques**

Les études épidémiologiques comme les travaux des observatoires régionaux ou nationaux de santé, mais aussi les travaux et rapports d'expertises de l'INSERM et les évaluations scientifiques produites par Santé Publique France, ont permis de sélectionner des stratégies et des pratiques de prévention ayant fait leur preuve.

Nous disposons aujourd'hui de programmes validés scientifiquement, fondés sur le développement des compétences psychosociales des adolescents et des compétences parentales, et de dispositifs généralistes ou d'interventions « d'aller vers ». On peut citer, à titre d'exemple, les programmes associant parents/adultes et enfants et ceux fondés sur le principe de « l'influence sociale globale » (Unplugged, SFP<sup>16</sup>, CBG, Primavera).

---

<sup>16</sup>Strengthening Family Program for Parents and Youth 10-14 ans, conçu par Carol Kempfer.

### 3 – L’adaptation et le calibrage des actions, en fonction du public ciblé

S’ils gagnent à être transversaux et à inclure tous les acteurs dans une logique de complémentarité, les programmes et dispositifs de prévention n’ont pas tous une vocation universelle. Ils doivent impérativement, pour être compris et appréhendés avec justesse, être précédés d’un diagnostic partagé avec les partenaires concernés pour prendre en compte les éléments qui déterminent l’état de santé du public en s’appuyant sur des critères scientifiques, puisque plusieurs études<sup>17</sup> permettent de fonder des critères de recherche. Ainsi, Santé Publique France, ou encore l’agence de santé publique du Canada définissent 12 critères.

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

1. le niveau de revenu et le statut social ;
2. les réseaux de soutien social ;
3. l’éducation et l’alphabétisme ;
4. l’emploi et les conditions de travail ;
5. les environnements sociaux ;
6. les environnements physiques;
7. les habitudes de santé et la capacité d’adaptation personnelles ;
8. le développement de la petite enfance ;
9. le patrimoine biologique et génétique ;
10. les services de santé ;
11. le sexe ;
12. la culture. »<sup>18</sup>

Le calibrage des actions de prévention, prendra aussi en compte les facteurs sociaux et sociétaux qui agissent sur ces déterminants de santé, dans la mesure où toujours selon Santé Publique France : *« Les comportements individuels n’expliquent pas, à eux seuls, l’état de santé des individus et les écarts de santé entre les groupes sociaux.*

---

<sup>17</sup> Cohorte Gazel : depuis 1989 - Unité Inserm 687, Pr Marcel Goldberg ; cohorte de 20 000 volontaires d’Électricité de France et de Gaz de France. ; Cohorte SIRS - Santé inégalités et ruptures sociales, depuis 2004 - Unité Inserm ; Cohorte Record - Residential Environment and CORonary heart Disease (Environnement résidentiel et maladies coronaires) – depuis 2007 - Unité Inserm 707, Basile Chaix ; cohorte de 7 300 personnes de quartiers d’Île-de-France.

<sup>18</sup>De Koninck M., Pampalon R., Paquet G., Clément M., Hamelin A.M., Disant M.J., et al. [\*Santé : pourquoi ne sommes-nous pas égaux ? Comment les inégalités sociales de santé se créent et se perpétuent \(pdf, 2,5 Mo\)\*](#). Québec : Institut national de santé publique du Québec, 2008 : 95 p.

*Les comportements préjudiciables à la santé apparaissent associés aux positions inégales que les personnes occupent dans la hiérarchie sociale et l'état de santé résulte de l'action de déterminants socio-environnementaux. »*

La prévention des addictions montre cette nécessité d'adapter l'action au public ciblé, notamment à partir des études de l'observatoire français des drogues et toxicomanies sur la jeunesse, notamment les spécificités de genre, d'âge et de milieu socio-professionnel<sup>19</sup>.

#### **4 - La place centrale du pouvoir d'agir des publics ciblés**

**Prévenir ou soigner impose de tenir compte du savoir de l'utilisateur**, de son expérience, de sa capacité d'auto-changement et de sa situation globale et spécifique.

**Pour mettre en place un projet d'éducation préventive, il est donc important de s'appuyer sur les capacités d'agir sur soi des personnes. Cela suppose :**

- d'apprendre à se servir des ressources individuelles et collectives,
- d'apprendre le bon usage des objets et des techniques (par ex les écrans, les produits psycho-actifs).

Ce double apprentissage nécessite de :

- construire de nouvelles représentations collectives, un langage commun et une façon de poser ensemble le problème, qui tienne compte de l'expérience de tous,
- renforcer le pouvoir de chacun sur soi et son environnement => pas seulement des informations mais aussi un dispositif relationnel et d'implication.

Si soigner et contrôler visent les souffrances provoquées, prévenir devrait s'intéresser surtout aux satisfactions procurées (plaisir, soulagement, socialisation) et aux autres motivations d'usage, et viser à mieux maîtriser/limiter les risques qu'elles peuvent faire encourir.

Pour ce faire, on peut par exemple articuler

- Les approches associant les familles : la santé, les risques, l'expérience,
- L'éducation expérientielle : l'expérience traduit la recherche de satisfaction et d'adaptation entre soi et son milieu ; elle est riche de connaissances et de ressources... C'est, pour nous, le fil rouge de toute action...

L'Étude « Adventure » (JAMA 2013) qui a comparé des programmes de prévention « classiques » et des programmes de « prévention ciblée », permet d'identifier des critères de réussite parmi lesquels « travailler avec ces jeunes leur bien-être et pas seulement les informer sur les dangers des drogues » et « apprendre aux jeunes à mieux gérer leur vulnérabilité, a un impact sur la gestion de leur consommation ».

Ce type d'intervention, fondé sur la recherche, élaboré et porté dans une dynamique de programme, qui s'appuie sur les ressources des publics concernés, doit inspirer les approches préventives à l'avenir.

---

<sup>19</sup> 1 Voir la présentation des enquêtes ESCAPAD, ESPAD et HBSC sur le site de l'OFDT <https://www.ofdt.fr/enquetes-et-dispositifs/#epgj>

## L'expertise organisationnelle

Après l'expertise des risques et des dommages, après celle des outils et des bonnes pratiques, l'expertise de l'organisation <sup>20</sup>et de sa mise en œuvre, se révèle nécessaire.

Cette expertise doit traduire les deux précédentes en termes opérationnels, en peser l'acceptabilité et la faisabilité, en estimer la programmation, la mobilisation des acteurs, le coût et les modalités de financement. L'oubli de ce double niveau d'expertise, complémentaire de celui de la recherche et de la synthèse de connaissances, explique certaines difficultés pour faire émerger et consolider une véritable politique de prévention.

L'agencement des actions de prévention se fait sur des modèles eux-mêmes évolutifs. Le modèle médical, avec sa succession *Prévention Primaire, Prévention Secondaire, Prévention Tertiaire*, centrait la prévention sur son échec, sur les conséquences des pratiques à risques, plutôt que sur les motivations d'usage. Le modèle anglo-saxon lui a succédé, centré sur l'utilisateur plus que sur le symptôme : *Prévention universelle, sélective ou indiquée*.

L'addiction se définissant comme la perte de contrôle, et les usages se jouant dans la dimension multifactorielle de la construction de l'autonomie et du contrôle de soi, la prévention des addictions va reposer sur une succession d'actions et d'objectifs, depuis la petite enfance jusqu'à l'âge adulte.

### Une logique de financement

Des rapports d'expertises ont étudié l'organisation de la prévention et son financement non pérenne.

Le rapport Cordier en 2013, pointait que « *La prévention est le parent pauvre des politiques publiques* » et préconisait de « *coordonner les politiques publiques et de réunir leur financement en matière de prévention* ».

L'IGAS recommande « *de rendre obligatoire une mission de prévention collective auprès des jeunes pour les CSAPA (Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention des Addictions) assurant une "consultation jeunes consommateurs" et d'en permettre le financement par le sous-ONDAM réservé aux personnes confrontées à des difficultés spécifiques.* »<sup>21</sup> La Conférence Nationale de Santé insiste sur la « mise en cohérence des financements fléchés pour la prévention (notamment ce qui concerne les addictions) au niveau des territoires ». Le rapport du Comité d'Évaluation et de Contrôle des politiques publiques sur la lutte contre l'usage des drogues illicites <sup>22</sup>, pointe le mauvais financement

---

<sup>20</sup>Préconisations de Jeanne Etiemble (2001) ou de Claude Got (1999), et sur un autre versant, de W. Crano (2016)

<sup>21</sup>Rapport IGAS « Evaluation du dispositif médicosocial de prise en charge des conduites addictives » recommandation 7, inscrite page 37, avril 2014. Cette recommandation se retrouve dans plus de 15 rapports officiels et d'études parus depuis 2010.

<sup>22</sup> Rapport du CEC sur les politiques publiques en matière de lutte contre les drogues illicites, conduit par les députés Anne-Yvonne Le Dain et Laurent Marcangeli, 2014

et l'inégalité des actions de prévention, selon les établissements scolaires. Enfin, la section des Affaires sociales et de la Santé du Conseil Économique, Social et Environnemental, a rendu un avis sur les addictions <sup>23</sup>, dans lequel il préconise le renouvellement et le renforcement des messages de prévention, sur les différents lieux de vie et au sein des familles et recommande le recours à l'Intervention Précoce, afin d'assurer une prise en charge rapide des personnes le nécessitant.

La dernière Loi de santé stipule la mise en œuvre d'un changement de paradigme, du curatif au préventif.

### **Une logique de mise en concurrence et non de convergence**

Globalement, l'actuel financement et l'organisation de la prévention en France, font ressortir deux aspects problématiques :

- un morcellement au profit d'une logique d'opérateur (telle ou telle association ou acteur est financé) plus qu'une complémentarité ou une convergence des actions, qu'apporterait une logique de dispositif (par exemple sur le public jeune : les Consultations Jeunes Consommateurs et les Maisons Des Adolescents sont financées sur une mission A, pour se mettre en partenariat avec les acteurs de la médecine de ville et de la vie nocturne, festive par exemple),
- une difficulté à installer ces actions dans la durée, du fait du manque de pérennité de ces financements.

Cela complexifie la proximité – pourtant nécessaire – avec les acteurs locaux, et empêche la mise en œuvre dans la durée des missions – pourtant obligatoires – du dispositif compétent. Cela engendre une succession d'actions ponctuelles qui s'ignorent, s'opposent et parfois se contredisent, échouant à faire sens, en cohérence, sur un territoire donné.

Dans un souci d'efficacité pratique et gestionnaire, il faudrait quitter cette logique d'opérateurs - avec sa mise en concurrence, via des financements d'action, pour aller vers une logique de dispositifs et de financements des missions obligatoires, pour les différents acteurs de la prévention (exemple sur le public jeune : Maison Des Adolescents, CSAPA, Consultations Jeunes Consommateurs, Point Accueil Écoute Jeunes, Espace Santé Jeunes...).

Depuis 2007, les CSAPA assurent une mission de prévention des addictions, dont le financement est resté séparé de leur dotation globale, obligeant les structures à d'incessantes recherches de subventions.

Les changements de priorités et les oscillations des financements obtenus, créent des ruptures d'actions et ne permettent pas de consolider les compétences des intervenants, nécessaires au pilotage des actions de prévention.

Avancer sur le levier organisationnel, permettrait :

D'inscrire ces stratégies dans la **durée et la proximité**,

De s'appuyer sur des programmes **d'intervention, évalués et validés**,

**D'interagir efficacement** avec les autres acteurs du territoire,

---

<sup>23</sup> Avis du CESE sur les Addictions, sous la Direction de Gisèle Ballaloud, 2015

De **stabiliser l'intégration de la prévention dans le continuum**, avec les autres missions (intervention précoce, réduction des risques, soin et insertion),

D'assurer le portage de cette stratégie par des **personnels qualifiés, formés et crédibles** auprès des publics.

## CONCLUSION

Cette triple approche de la prévention des addictions, par une réorganisation de sa gouvernance fondée sur les dispositifs et les missions, par une meilleure appropriation des risques et dommages, et un déploiement d'outils validés basés sur l'adaptation des publics, et par la complémentarité des acteurs et le pouvoir d'agir des publics, a l'avantage de respecter la dimension globale de la santé.

Elle évite d'agir « en silo » et permet d'associer les acteurs de la santé globale, - médecins généralistes et pharmaciens, partenaires de la santé sexuelle, (Planning Familial, CEGID, etc.) -, ceux de l'éducation spécialisée, ceux travaillant sur la radicalisation, les éducateurs sportifs et culturels, les intervenants en milieu festif, les personnels de l'éducation nationale et de la protection de l'enfance, et les acteurs des communautés urbaines ou territoriales, etc.

Nous disposons de l'ensemble des expertises scientifiques et de la volonté du « terrain » pour « Renforcer et mobiliser les acteurs de la prévention et la promotion de la santé » ; ne perdons plus de temps.

La Fédération Addiction réunit plus de 210 associations gérant plus de 850 établissements, et services dans le secteur médico-social et sanitaire (CSAPA, CAARUD, CJC, CTR, CT, ELSA, SSR, consultations addictologies...) soit plusieurs milliers de salariés, toutes professions concernées, auxquels s'ajoutent plus de 420 personnes physiques (médecins, psychologues, travailleurs sociaux, éducateurs, infirmiers,). Un pôle « médecine générale », le pôle MG Addiction, permet de regrouper et de travailler avec les médecins et pharmaciens, principalement exerçant en libéral

La Fédération est organisée en unions régionales ; les Délégués Régionaux sont élus par les adhérents de la région pour une période de trois ans et deviennent membres de droit du Conseil d'Administration.

Elle a 4 missions :

- 1. REGROUPER les acteurs de l'addictologie**
- 2. RÉFLECHIR aux évolutions et au sens de l'action**
- 3. SOUTENIR le réseau dans son organisation**
- 4. REPRÉSENTER les adhérents auprès des décideurs**

Dans cette dynamique de tête de réseau non gestionnaire de structure, la fédération mène une action de proximité basée sur une démarche participative. Elle s'appuie sur l'expertise directe des acteurs de terrain. Chaque année, entre 250 et 400 professionnels, participent aux différents groupes nationaux et régionaux sur des thématiques (Addictions sans substance, monde du travail, santé/justice, programmes de prévention, *aller vers...*). Il faut y ajouter celles et ceux qui s'impliquent sur des projets portés par des partenaires, qu'ils s'agissent de travaux de recherche de l'Agence Santé Publique France, de l'ANRS ou autres. Ces actions concernent tous les secteurs et niveaux d'intervention auprès des usagers (soin, éducation, prévention, réduction des risques).