



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Inspecteur de l'action sanitaire et sociale
Promotion 2003 - 2005

**Le partenariat et la territorialisation au
service de la prévention par l'éducation
nutritionnelle dans le département du Gers**

Philippe MONNIER

Remerciements

Je remercie Michèle BIARD, Directrice adjointe de la DDASS du Gers, responsable du Pôle Santé, pour avoir su extraire d'un emploi du temps toujours très chargé les moments nécessaires à chacune des étapes principales de l'élaboration du présent mémoire.

Mes remerciements vont aussi à ceux qui ont accepté de me recevoir pour répondre à mes questionnements, de me parler avec sincérité et passion de leurs métiers, de leurs ambitions dans un véritable esprit de service rendu au public.

Merci également à David, Jean-Pierre et Salim pour leurs remarques pleines de bon sens et pour leur soutien amical et sans faille.

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
METHODOLOGIE	7
1. LES POLITIQUES DE SANTE PUBLIQUE.....	9
1.1. La santé publique, ses fondements, ses mises en oeuvre	9
1.1.1. Les Programmes Régionaux de Santé : les PRS et les PRAPS	11
1.1.2. Les Schémas Régionaux d'Education pour la Santé	14
1.1.3. Le Programme national nutrition santé	16
1.2. Des outils en constante adaptation	17
1.2.1. Des démarches territorialisées.....	17
1.2.2. Le développement des partenariats : des acquis à faire fructifier.....	20
1.2.3. Une stratégie de communication qui se modernise.....	21
1.3. Un contexte en pleine mutation.....	22
1.3.1. La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique	23
1.3.2. La loi du 13 août relative aux libertés et aux responsabilités locales	24
1.3.3. La loi du 13 août relative à l'assurance maladie.....	25
2. L'EXPERIENCE GERMOISE D'EDUCATION NUTRITIONNELLE	27
2.1. Le contexte local	27
2.1.1. Un département à forte dominante rurale... ..	27
2.1.2. ...face à des défis.....	27
2.1.3. ...mais non sans ressources	28
2.2. La genèse de l'action départementale	29
2.2.1. Une action née de la préparation du PRAPS	29
2.2.2. Des acteurs locaux individuellement motivés	30
2.2.3. La mobilisation collective dans le comité de pilotage "Prévention de l'obésité infantile"	37
2.3. Un contexte globalement favorable	38
2.3.1. Des logiques institutionnelles parfois divergentes... ..	38
2.3.2. ...mais qui savent trouver des complémentarités.....	39
2.3.3. De nouveaux acteurs prêts à s'engager	41

3. ANALYSE DU CONTEXTE ET PROPOSITIONS POUR L'AMELIORATION DU DISPOSITIF GERSOIS DE PREVENTION.....	43
3.1. Des éléments de contexte à nuancer	43
3.1.1. Une culture de prévention en construction.....	43
3.1.2. Des contours territoriaux en voie de définition	44
3.1.3. Une action d'information sur les modes de vie à renforcer.....	45
3.2. Affiner et négocier les conditions d'un bon exercice du partenariat.....	47
3.2.1. Sur les conditions du partenariat	47
3.2.2. Des engagements à formaliser.....	48
3.2.3. ...soumis à la validation départementale	50
3.3. Optimiser les ressources locales pour démultiplier les actions de prévention.....	50
3.3.1. Partager le diagnostic local.....	50
3.3.2. Rechercher la pertinence territoriale	52
3.3.3. Démultiplier et généraliser les actions de prévention.....	54
CONCLUSION	57
BIBLIOGRAPHIE	59
LISTE DES ANNEXES.....	I

Liste des sigles utilisés

ARH : Agence régionale de l'hospitalisation
CASU : Commission d'action sociale d'urgence
CCAS : Centre communal d'action sociale
CESF : Comité français d'éducation pour la santé
CLIC : Centre local d'information et de coordination
CNA : Conseil national de l'alimentation
CNAM : Caisse nationale d'assurance maladie
CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie
CODES : Comité départemental d'éducation pour la santé
CRES : Comité régional d'éducation pour la santé
CRS : Conférence régionale de santé
DDASS : Direction départementale de l'action sanitaire et sociale
DGS : Direction générale de la santé
DHOS : Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DRASS : Direction régionale de l'action sanitaire et sociale
FNPEIS : Fonds national de prévention d'éducation et d'information sanitaire
GRSP : Groupement régional de santé publique
HCSP : Haut comité de la santé publique
IGAS : Inspection générale des affaires sociales
IGAENR : Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche
IRDES : Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
LOLF : Loi organique relative aux lois de finances
INPES : Caisse de mutualité sociale agricole
OMS : Organisation mondiale de la santé
PMI : Protection maternelle et infantile
PNNS : Programme national nutrition santé
PRAPS : Programme régional d'accès à la prévention et aux soins
PRS : Programme régional de santé
PRSP : Plan régional de santé publique
RMI : Revenu minimum d'insertion
SREPS : Schéma régional d'éducation pour la santé
SROS : Schéma régional de l'organisation sanitaire
URCAM : Union régionale des caisses d'assurance maladie
URML : Union régionale des médecins libéraux

INTRODUCTION

Les conséquences de l'obésité et du surpoids sur les plans physiologique et psychologique sont maintenant avérées, de même que les répercussions directes qu'elles entraînent sur le budget de l'assurance maladie¹. On peut considérer qu'il s'agit bien d'une maladie, à la cause unique mais aux facteurs multiples, que l'Organisation Mondiale de la Santé, dans un des ses rapports publié en 2003, n'hésite pas à considérer comme la future épidémie du siècle. L'OMS appuie cette thèse sur les informations fournies par le registre MONICA², outil de recueil des données de la prévalence des maladies coronaires dans le monde depuis 1985 dont une part importante est attribuable au surpoids. Elle évalue également, en 2004³, à 1 milliard le nombre des personnes dans cette situation, dont 300 millions d'obèses.

Par ailleurs, les scientifiques ont établi le lien entre l'alimentation et la survenue de cancers, même s'il subsiste encore de nombreuses incertitudes quant aux effets réels des facteurs environnementaux. Ils estiment que le facteur alimentaire contribuerait pour une large part au développement des cancers.

Une vaste enquête internationale, coordonnée par des chercheurs canadiens, portant sur 52 pays dans le monde et publiée le 11 septembre dernier dans la revue scientifique britannique "The Lancet", confirme que partout les mêmes facteurs de risque, aux premiers rangs desquels figure l'obésité, sont à l'origine des infarctus et des maladies coronaires. Cette étude montre que la prévention pourrait permettre d'anticiper le risque cardiaque dans près de 80 % des cas. Elle confirme également que le fait de manger des fruits et légumes tous les jours, de faire de l'exercice physique régulier et (plus curieusement) de boire de petites quantités d'alcool trois fois par semaine, a un effet protecteur sur la santé.

Les effets d'une alimentation déséquilibrée et inadaptée aux besoins ne se traduisent pas seulement par un surpoids pouvant aller jusqu'à l'obésité. D'autres troubles et manifestations sont fréquents, plus particulièrement chez des sujets à risques pour lesquels hypercholestérolémie ou diabète peuvent entraîner des conséquences graves,

¹ 4,5 milliards d'euros par an pour les cardiopathies ischémiques (source CNAM)

² Les registres français des maladies coronaires sont connus sous le nom de registre MONICA (multinational **MONI**toring of trends and déterminants in **CA**rdiovascular disease), ils participent à un projet coordonné par l'Organisation Mondiale de la Santé regroupant 38 registres dans 21 pays du monde.

³ P. FROGUEL et C. SMADJA, "L'obésité au bout du repas", LE MONDE diplomatique, décembre 2004

voire fatales. Les Etats-Unis enregistrent actuellement la plus forte proportion mondiale d'obèses dans sa population, plus de 20%, l'obésité y représente un facteur de risque désormais plus important que le tabagisme.

On aurait pu penser qu'un département rural comme celui du Gers, à la tradition culinaire réputée, constitutive du "French paradox", était relativement à l'abri de l'accroissement de ces pathologies d'origine nutritionnelle.

Les données recueillies par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie et le service de la Santé Scolaire du département du Gers ont cependant alerté leurs responsables respectifs sur la confirmation d'une dégradation pressentie de l'état de santé de certaines catégories de la population :

- alors que le nombre de décès par maladies cardiovasculaires enregistre une diminution du même niveau que la moyenne régionale (moins 13% en 6 ans), on constate un accroissement significatif de l'incidence de ces maladies dans le département ;
- selon une enquête réalisée par le service de Santé Scolaire sur l'année scolaire 2001 - 2002, le département du Gers enregistre la plus forte proportion d'enfants obèses de la région Midi-Pyrénées : 12%, alors que les moyennes régionales et nationales s'établissaient à la même époque selon le HCSP⁴, à 7,6% et 9,6%.

Ces données, recoupées avec des observations d'origine locale et régionale⁵, ont amené la DDASS à porter une attention particulière à ces questions, conformément aux missions "...de promotion et de prévention en matière de santé publique..."⁶ qui sont les siennes.

Une première action expérimentale de prévention en éducation nutritionnelle a été conduite pendant l'année scolaire 2002 – 2003 auprès d'élèves de grandes sections de maternelles de deux écoles du département, l'une en milieu rural à Riscle, petite ville de 1500 habitants, l'autre en milieu urbain à Auch, chef-lieu du département. Initiée dans le cadre du premier programme régional d'accès à la prévention et aux soins, elle a été poursuivie dans celui de la mise en œuvre de recommandations du Programme National Nutrition Santé (PNNS), puis reconduite et étendue à d'autres écoles ces deux dernières

⁴ Haut Comité de Santé Publique, rapport 2002

⁵ CPAM, DRASS, ORS, URCAM.

⁶ Article R1421-6 du code de la santé publique, deuxième alinéa.

années. Parallèlement, la CPAM du Gers vient de mettre en œuvre, également à titre expérimental, une action de prévention des risques cardiovasculaires auprès de personnes dépistées par les médecins libéraux de la zone d'attraction de l'hôpital local de Gimont.

Le Pôle Santé de la DDASS du Gers, à l'origine du projet d'éducation nutritionnelle en collaboration étroite avec le service départemental de santé scolaire, a souhaité appuyer sa concrétisation en s'appuyant sur un large partenariat constitué avec les organismes, institutions et professionnels intervenant localement dans les questions de santé touchant aux enfants.

Les premières réflexions et propositions d'actions en éducation nutritionnelle ont été entamées dans le cadre du Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) de la région Midi-Pyrénées : volet Prévention, objectif stratégique 7 : "*renforcer la pertinence et la qualité des actions individuelle et collectives par la concertation entre professionnels des différents champs, et développer la complémentarité et l'articulation entre structures et acteurs*". Elles ont été poursuivies dans celui du volet "*Actions en Education pour la Santé en faveur des plus démunis*". Elles sont désormais inscrites dans le cadre des recommandations du PNNS. Certaines des actions développées ultérieurement, comme celle de la CPAM, ressortent à la fois du PRAPS et du PNNS dans la mesure où les frontières entre la nature des questions traitées par les deux programmes et les populations auxquelles ils sont destinés ne sont pas étanches. L'approche de ces questions se révèle être alternativement ou simultanément thématique ou populationnelle.

La volonté d'agir efficacement sur les facteurs nutritionnels est également traduite dans l'adaptation du Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire (SROS) de Midi-Pyrénées adopté en juillet dernier pour la période 2004 - 2009. Il comporte à cet effet, dans son nouveau volet cardiovasculaire, un thème transversal consacré à l'éducation thérapeutique pouvant être concrétisé et valorisé dans les contrats d'objectifs et de moyens des hôpitaux le souhaitant. Il s'agit là d'actions de prévention secondaire et tertiaire, destinées à "*...rendre le patient capable d'acquérir et maintenir les ressources nécessaires pour gérer sa vie avec la maladie*"⁷.

⁷ Définition de l'éducation thérapeutique par l'OMS.

Le PNNS vise essentiellement des actions de prévention primaire, il est venu conforter les travaux engagés dans le cadre du PRAPS en permettant notamment d'étendre le périmètre des populations ciblées. Résultat concret d'une réflexion au sein de la Direction Générale de la Santé sur la nécessité de développer en France une politique nutritionnelle de santé publique, le PNNS exprime l'importance que les pouvoirs publics attachent à cette question.

Etabli à partir du rapport d'un groupe de travail mandaté par le Haut Comité de la Santé Publique⁸, le PNNS s'adresse à l'ensemble de la population. Il ambitionne de faire modifier des habitudes alimentaires dont on sait désormais scientifiquement qu'elles ont des répercussions négatives sur la santé. Il s'agit à la fois d'en faire adopter de bénéfiques ainsi que d'intervenir très en amont dans l'éducation des jeunes enfants pour leur permettre d'acquérir très précocement ces bonnes habitudes. C'est une vaste ambition, jugée pourtant raisonnable par les concepteurs de ce programme étalé sur la période 2001 – 2005.

Le PNNS ne vise aucun territoire particulier. Il fixe des objectifs quantitatifs précis quant à la réduction d'un certain nombre de facteurs de risques exprimée en moyennes, mais laisse l'initiative aux différents échelons locaux pour déterminer les modes d'actions et les territoires les plus pertinents. Les financements sont apportés par le Fonds National de Prévention d'Education et d'Informations Sanitaires (FNPEIS) destiné à mettre en œuvre les déclinaisons des programmes nationaux thématiques de prévention et d'éducation pour la santé, les PRS et les PRAPS, à partir d'appels à projets élaborés en commun par l'Etat et l'assurance maladie.

La question de la méthodologie adaptée à la mise en œuvre d'actions destinées à répondre aux finalités communes de ces programmes peut trouver un début de réponse dans la détermination des partenaires à associer aux projets des territoires dans lesquels ils seront mis en œuvre. Ces deux éléments sont étroitement liés, parfois indissociables quand le périmètre des seconds est déterminé par la nature et la composition des premiers.

Les questions du choix des partenaires et de la détermination du territoire semblent en effet essentielles. Elles le sont davantage encore dans le contexte de la nouvelle décentralisation qui octroie des pouvoirs accrus aux échelons intermédiaires.

⁸ "Pour une politique nutritionnelle de santé publique : enjeux et propositions"⁸, E.N.S.P, septembre 2000

La perspective de la révision des SROS a donné lieu à la création d'un groupe de travail multidisciplinaire au sein du CREDES⁹ : "Territoires et accès aux soins". Ses réflexions l'ont conduit, dans son rapport publié en janvier 2003, à envisager le territoire comme *"une philosophie d'action plus qu'un ensemble de prescriptions techniques pour fabriquer le découpage géographique parfait"*. La discussion ne doit pas se limiter à des questions de périmètres, elle doit, en priorité, s'attacher *"au contenu des services qui doivent être disponibles dans les espaces ainsi définis, à la manière de les organiser, de mobiliser les acteurs pour les assurer vis-à-vis de la population résidente"*.

Les territoires de la prévention, même s'ils doivent tenir compte de l'existence des limites géographiques et administratives, ressortent davantage des territoires de projets, fédérateurs de synergies, recherchant le décroisement et la complémentarité. *"Il n'y a pas de découpage parfait, le meilleur territoire étant, en fin de compte, celui qui résulte d'une construction collective, appuyée sur une analyse technique pertinente des réalités géographiques."*

Le promoteur d'actions territorialisées doit cependant tenir compte, dans leur construction, des logiques particulières de chacun des partenaires qui, sans véritablement s'affronter, peuvent se heurter ou s'opposer, avec pour conséquence de ralentir, voire d'inhiber des dynamiques locales.

⁹ Centre de Recherche d'Étude et de Documentation en Economie de la Santé, devenu I.R.D.E.S le 1^{er} juin 2004, "Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé".

METHODOLOGIE

Le thème de ce mémoire a été choisi en concertation avec la responsable du Pôle Santé de la DDASS du Gers. Elle souhaite favoriser le développement d'une politique départementale coordonnée d'éducation nutritionnelle en utilisant de manière optimale les possibilités offertes par le partenariat et la territorialisation des actions.

L'inspecteur de l'action sanitaire et sociale, par la connaissance des différents milieux que lui permet son action de généraliste amené à intervenir aussi bien dans les domaines de la santé que dans ceux du social, représente une réelle force de proposition apte à mettre en synergie les potentialités locales. A cet effet, il se doit de provoquer les conditions favorables à l'appropriation des projets par les acteurs locaux, de faciliter les coordinations et de favoriser le développement des complémentarités. Il doit cependant veiller à conserver un esprit de neutralité tout en prenant compte de la mesure des enjeux politiques, locaux et nationaux.

Après quatre années consacrées à la réflexion, puis à l'expérimentation, il convient maintenant de s'attacher à définir les conditions les plus favorables au développement d'une politique départementale de prévention par l'éducation nutritionnelle et de proposer des solutions concrètes pour y parvenir. Il était nécessaire, dans cette perspective, de vérifier la réalité des écueils ou des freins pressentis à partir de constats relatifs :

- à l'accroissement du nombre d'enfants en surcharge pondérale,
- aux répercussions des pathologies consécutives aux déséquilibres et aux excès de l'alimentation,
- à l'absence d'attitude préventive générale de la population,
- à la difficultés de mobiliser les partenaires au niveau institutionnel.

Trois hypothèses ont orienté mon travail de recherche et d'enquête sur le terrain :

1. La première relève du niveau institutionnel ou collectif : il n'existe pas de politique de prévention réellement affichée dans le département. Les approches sont le plus souvent individuelles ou sectorielles. Les actions qui en découlent ressortent alors de circonstances imposées par l'actualité ou par la législation, elles obéissent souvent aux logiques propres de ceux les ayant promues.
2. La seconde concerne le niveau géographique : les territoires choisis pour les actions de prévention ne sont pas suffisamment ciblés, donc non pertinents. Le choix des périmètres nécessite de connaître avec précision leurs indicateurs de

santé, les habitudes de la population, les potentiels en termes d'acteurs, ainsi que les relations que ces derniers entretiennent entre eux.

3. La troisième, plus difficile à vérifier, touche le niveau individuel : la prévention n'est pas perçue comme une priorité par la population, ou plus précisément, les liens entre les déséquilibres alimentaires et la survenance de maladies n'apparaissent pas évidents, ces dernières sont plutôt considérées comme une fatalité.

Ma démarche a consisté à rechercher et à étudier les documents, textes législatifs et réglementaires, ayant trait aux politiques de santé et à leurs déclinaisons territoriales, avant l'adoption des lois des 9 et 13 août 2004 relatives à la santé et à la décentralisation et leur impact sur les dispositifs existants. Un travail préalable à ce mémoire, mené dans le cadre de la formation sur une politique régionale de santé, m'a permis d'approfondir le PRAPS de Midi-Pyrénées, qui avait financé, avant le lancement du PNNS, une action de prévention de l'obésité infantile dans le département du Gers.

Ce travail a été complété et enrichi par les entretiens réalisés auprès de membres du comité de pilotage de l'action de prévention de l'obésité infantile, tous directement concernés par l'éducation nutritionnelle et donc par les actions de prévention qui lui sont rattachées, ainsi qu'auprès de la directrice d'un hôpital local, également très intéressée par les questions de prévention.

Le plan de ce mémoire est constitué à partir de l'ensemble des éléments étudiés et recueillis, il s'articule autour de trois axes principaux. Le premier concerne la santé publique, ses fondements et la traduction de l'action des pouvoirs publics à travers les programmes de santé (première partie). L'échelon territorial choisi, le département du Gers, bénéficie d'un contexte qui, sans prétendre à l'originalité, lui est cependant propre, avec ses indicateurs, ses territoires, ses institutions, ses partenaires, ses acteurs et les actions conduites en commun qui les lient (deuxième partie). La connaissance des dispositifs de santé, conjuguée à l'appréhension du contexte gersois, permet de formuler des propositions concrètes de méthodologies de travail partenarial et de territorialisation accrue des actions pour renforcer les bases d'une politique départementale en devenir (troisième partie).

1. LES POLITIQUES DE SANTE PUBLIQUE

1.1. La santé publique, ses fondements, ses mises en oeuvre

La santé publique répond à une définition relativement large, notamment depuis 1973, date à laquelle l'OMS fait à la fois référence à la gestion des services de santé, à son administration, à l'accessibilité, à la recherche épidémiologique, à la promotion et prévention primaire et secondaire de la santé. Elle propose une approche descriptive, passant notamment par la définition de facteurs de risque. C'est à cette époque que la santé publique devient une discipline autonome qui s'occupe de la santé globale sous tous ses aspects : curatifs, préventifs, éducatifs et sociaux.

Cette évolution de l'approche et de la conception de la santé publique est reformulée dans le rapport conjoint IGAS/IGAENR relatif à la création de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique de mai 2004 : *"A une conception médicale, réglementaire et gestionnaire s'est, sous la pression des faits, substituée une approche globale qui suppose l'anticipation, la hiérarchisation et la synthèse d'une multitude de variables dont les experts doivent expliquer la valeur et les composantes au public et aux professionnels de santé. Celles-ci incluent non seulement des données médicales, mais aussi des facteurs sociaux, environnementaux, économiques, historiques et même politiques ou culturels qui dessinent, en France, une cartographie sanitaire et sociale d'une grande diversité"*.

Si la réponse curative est simple à définir : il s'agit de lutter contre la maladie, quel qu'en soit le stade de développement, la réponse en terme de santé publique repose sur des fondements différents. Elle doit contribuer à améliorer l'efficacité et l'efficience du marché des soins, réduire les risques, en terme d'apparition ou de réapparition d'une maladie, participer au bien-être et au développement humain.

En définissant des critères normatifs (seuils, taux...) la santé publique détermine des frontières entre le normal et le pathologique. Elle consacre une définition normative du risque et invoque des valeurs pour justifier les interventions : auto responsabilité, responsabilité sociale, rapport d'un individu à l'autre.

Cependant, la tentation normative n'apparaît d'un grand secours à la prévention. On ne peut pas vouloir le bien d'autrui à sa place. En revanche, et c'est la prétention de l'éducation pour la santé, on peut s'assurer que tout individu a les moyens d'être et de demeurer en bonne santé en mettant en place les outils nécessaires à sa véritable promotion.

Les fondements des politiques de santé en France ont été définis par le HCSP dans son rapport de 1994 comme étant le choix : d'orientations stratégiques, de priorités, d'objectifs spécifiques.

Les orientations stratégiques peuvent tendre à :

- réduire les décès évitables,
- réduire les incapacités évitables,
- améliorer la qualité de vie des personnes handicapées ou malades,
- réduire les inégalités face à la santé.

Les priorités peuvent être établies en fonction de critères tels que :

- la gravité : ils entraînent un décès prématuré et/ou une incapacité majeure et/ou des souffrances importantes,
- la fréquence : ils touchent un grand nombre d'individus ou bien leur fréquence est significativement croissante,
- l'impact socio-économique : les conséquences sociales ou économiques sont importantes,
- la faisabilité : il existe des moyens d'intervention, notamment des moyens de prévention,
- la perception sociale : ils sont perçus par la population comme essentiels.

Les objectifs spécifiques peuvent être catégorisés en fonction de : leur impact sur la santé, de leur fréquence dans la population, de la faisabilité, c'est à dire de la possibilité d'intervention sur le déterminant.

On distingue les déterminants **négatifs**, ceux favorisant la survenue de maladies ou d'accidents, des déterminants **positifs**, ceux prévenant ces mêmes maladies tout en renforçant les protections naturelles. Les déterminants négatifs ont été différenciés selon qu'ils ressortent :

- 1) des comportements : par exemple, les consommations d'alcool, de tabac ou de drogues, la sédentarité, les mauvaises habitudes alimentaires, les comportements sexuels à risques, les comportements de prise de risque et de violence,
- 2) de l'environnement : ensemble des conditions physiques, chimiques et microbiologiques, en milieu ouvert, domestique et professionnel, susceptibles d'avoir un effet négatif direct ou indirect, immédiat ou à long terme, sur la santé des populations,
- 3) de l'inné : données personnelles biologiques, génétiques et héréditaires,
- 4) des conditions sociales susceptibles d'influencer négativement la santé d'une partie de la population,

5) du système de santé : ses défaillances peuvent modifier l'état de santé de la population.

Les politiques de santé, thématiques, populationnelles, nationales ou régionales, comportent nécessairement plusieurs volets relatifs aux différentes formes de prévention, cette dernière étant entendue au sens large comme *"l'ensemble des mesures prises de façon à éviter les phénomènes d'altération de l'état de santé, et donc à diminuer la morbidité et la mortalité"*. On distingue généralement la prévention primaire (mesures luttant contre l'apparition de maladies), de la prévention secondaire (mesures diminuant la durée et la gravité, ou évitant les rechutes, y compris le dépistage), et tertiaire (mesures réduisant les déficiences ou les handicaps dus à la maladie)¹⁰.

Les programmes, les plans et les schémas, traduisant la mise en œuvre des politiques de santé publique, constituent un ensemble pouvant paraître a priori complexe. Ils se sont construits sur la base des nombreux rapports faisant progressivement évoluer notre système de santé, nécessitant des réponses différenciées, adaptées à la nature des questions à traiter tant en termes de pathologies qu'en termes de populations concernées. En outre, l'évolution politique de ces vingt dernières années, amplifiée par le contexte européen, a conduit l'Etat à ne plus décider seul de tout et à donner une marge de manœuvre grandissante aux différents échelons territoriaux pour mettre en œuvre de manières différenciées ses politiques de santé.

1.1.1. Les Programmes Régionaux de Santé : les PRS et les PRAPS

Contenus en filigranes dans les premières lois de décentralisation, notamment dans la loi du 2 mars 1982 qui attribue des compétences spécifiques aux conseils généraux en matière de santé, formalisés par le décret du 17 avril 1997¹¹, les programmes régionaux de santé s'inscrivent dans une dynamique aux motivations multiples : régionaliser la prise en charge des questions de santé, développer le concept de santé publique et enfin rapprocher les acteurs en favorisant le développement de la transversalité.

Pierre-Henri BRECHAT¹² fait référence à cette même année 1982 pour situer leur genèse qu'il attribue, pour partie, au rapport "Propositions pour une politique de prévention" remis au ministre de la santé en 1982. Ce rapport propose *"...la mise en place de systèmes d'information qui permettent une observation de la santé, une évaluation des actions de*

¹⁰ HCSP, "Recueil des principaux problèmes de santé en France", décembre 2002

¹¹ Décret no 97-360 du 17 avril 1997 relatif aux conférences régionales de santé

¹² Médecin inspecteur de santé publique, enseignant chercheur à l'ENSP, *"Naissance et histoire de la régionalisation des politiques de santé"* revue **adsp** n°46, mars 2004

santé publique et le développement de la recherche en épidémiologie et santé publique."; il précise que *"les niveaux régional, départemental et local ont tous trois des responsabilités de planification, de programmation, d'exécution et d'évaluation en matière de promotion de la santé"*.

Les PRS ont pour mission prioritaire de favoriser la promotion et l'éducation à la santé, ils comportent également des missions de soins. Les actions de santé développées dans les programmes régionaux doivent faire participer l'ensemble des acteurs : décideurs (Etat, assurance maladie, collectivités territoriales), institutions, professionnels, mais également les associations de citoyens ou d'usagers en raison de l'importance des comportements individuels parmi les causes de mortalité évitable.

Le rapport du HCSP publié en 1994 avait ouvert la voie à la formalisation des PRS en proposant une méthodologie aisément reproductible par les différents échelons territoriaux : arrêt d'orientations stratégiques, choix de priorités, détermination d'objectifs.

Le décret du 17 avril 1997 précité prévoit que *"le préfet détermine, parmi les priorités établies par la conférence régionale de santé, celles qui font l'objet de programmes pluriannuels"*. Ces programmes régionaux de santé doivent représenter une approche de santé publique fédérant *"des actions de promotion de la santé, d'éducation pour la santé, de prévention, de soins, de rééducation et de réinsertion"*. Reposant sur des actions qui, le plus souvent, mobilisent très au-delà du monde du soin, ils ne peuvent qu'être *"élaborés et mis en œuvre en coordination, notamment, avec les collectivités territoriales, les organismes de protection sociale, les institutions et établissements de santé, les professionnels et les associations"*. Ils sont obligatoirement *"assortis d'indicateurs permettant de procéder à leur évaluation"*.

Pluriannuels, les PRS contiennent les modalités de leur évaluation. En effet, à l'instar d'autres politiques publiques, les politiques de santé se dotent d'objectifs quantitatifs, il s'agit notamment de la réduction des risques et des prévalences des maladies permettant d'en évaluer l'impact. La synthèse des trois rapports du HCSP sur l'état de santé des Français en relativise l'efficacité en raison de résultats plutôt positifs obtenus dans certains domaines ou pour certaines populations cibles mais de résultats négatifs dans d'autres domaines. On a constaté une diminution de la mortalité d'origine cardiovasculaires chez les hommes, effet recherché, alors que jusque là peu fréquentes chez les femmes, elle augmentait très rapidement. Il en a été de même pour le cancer du poumon.

Les évaluations successives ont mis en évidence trois écueils auxquels ont été confrontées les mises en œuvre des PRS : celui des inégalités territoriales notamment en

termes de populations, par conséquent de services disponibles ou mobilisables, celui des financements souvent hétérogènes rendant difficile leur pérennisation, et enfin la capacité (ou l'incapacité) des acteurs locaux à produire effectivement des politiques publiques territoriales.

Les programmes régionaux d'accès à la prévention¹³ et aux soins, qui sont des PRS particuliers, se situent à frontière de la santé et du social. Ils ont vocation à répondre aux problèmes spécifiques rencontrés par les populations en situation de précarité *"mais également à celles connaissant à un moment de leur vie des difficultés d'accès aux soins et à la santé"*. Cela ne signifie pas que ces populations ne sont pas visées par les objectifs déterminés dans les autres PRS, les problématiques auxquelles elles sont confrontées nécessitent toutefois une approche et une mise en œuvre quelque peu différentes, prenant en compte à la fois les conditions d'accès aux droits élémentaires et la possibilité d'accès réel aux soins.

Comme les autres, la région Midi-Pyrénées a procédé à l'évaluation de son premier programme. Trois enseignements principaux en découlent au regard des objectifs fixés par la circulaire de février 1999 et au regard de ceux figurant dans le programme régional. Ils ont été également mis en évidence dans d'autres régions et ne constituent pas une spécificité midi pyrénéenne.

Il apparaît tout d'abord que le PRAPS est un véritable levier pour l'émergence de nouvelles pratiques de santé permettant de réduire les frontières entre le sanitaire et le social, notamment à partir des permanences d'accès aux soins de santé (PASS), toutes installées dans les centres hospitaliers. Une amorce de culture commune voit le jour, les échanges de pratiques se mettent en place grâce aux formations transversales réunissant des agents sanitaires et des agents sociaux.

Le deuxième enseignement est relatif aux actions collectives développées sur certains territoires et aux résultats d'études menées dans le département des Hautes Pyrénées. Le recueil et l'analyse des modes d'expression et de participation des personnes en situation précaire ont permis de prendre en compte leurs spécificités afin de mieux les impliquer dans les actions de proximité avec l'aide de personnes relais ou *"médiateurs santé"*.

¹³ Créés par l'article 71 de la loi relative à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998 intégré dans le code de la santé publique à l'article L 1411-5, décret du 29 décembre 1998, circulaires du 23 février 1999 et du 19 février 2002.

Le troisième enseignement confirme la difficulté de passer d'une logique de public à une logique de territoire qui constituait une orientation stratégique forte. C'est d'ailleurs souvent le cas des politiques visant des populations particulières qui doivent nécessairement trouver un ancrage territorial pour d'atteindre les objectifs qu'elles ont fixés. L'origine de cette difficulté semble tenir à un problème de méthodologie dans la construction du programme qui n'a pas suffisamment défini les objectifs opérationnels. Cet aspect est mieux pris en compte dans le PRAPS de deuxième génération.

L'ensemble du dispositif régional de santé, dans l'attente des modifications en cours à la suite de l'adoption de la loi relative à la santé publique du 9 août 2004, est complété par le Comité Régional des Politiques de Santé, créé lui aussi par l'article 71 de la loi de lutte contre les exclusions et organisé par le décret du 29 décembre 1998. Ce dernier en précise le rôle et la composition. Le CRSP avait pour objectif, sous l'égide du Préfet de Région président de l'instance, de créer un lieu de concertation pour l'ensemble des décideurs, il comportait une double mission, suivre la mise en œuvre du PRAPS, exercer ensuite une mission générale de concertation, de suivi et d'évaluation des Programmes Régionaux de Santé établis au vu des propositions de la Conférence Régionale de Santé (CRS).

L'organisation des Conférences Régionales de Santé comme le pilotage des PRS et des PRAPS sont confiés aux DRASS en collaboration étroite avec les DDASS.

1.1.2. Les Schémas Régionaux d'Education pour la Santé

La promotion de la santé, définie dans la Charte d'Ottawa en novembre 1986, a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et de moyens pour l'améliorer. L'éducation pour la santé est définie dans l'article 79 de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. A cet effet les schémas régionaux d'éducation pour la santé doivent contribuer à la rendre effective. Instaurés par circulaire¹⁴, ils font suite au plan national d'éducation pour la santé présenté en février 2001 au conseil des ministres qui affirme que *"pour promouvoir la santé de la population, il est aujourd'hui indispensable de rendre accessible à tous, au même titre que les soins, une éducation pour la santé de qualité"*. Ce plan préconise de généraliser l'éducation pour la santé de proximité et d'en faire une mission de service public.

¹⁴ Circulaire DGS/SD6/2001/504 du 22 octobre 2001 relative à l'élaboration des schémas régionaux d'éducation pour la santé

Les schémas régionaux, tels qu'ils sont définis dans la circulaire, sont plutôt des schémas d'organisation territoriale que des programmes d'actions concrètes. Ils ont vocation à mettre en relation un ensemble d'acteurs, qui souvent se connaissent déjà mais parfois s'ignorent, de mutualiser les moyens préexistants et de fédérer des énergies dans le triple objectif d'assurer :

- l'égalité d'accès géographique,
- la continuité des mesures,
- la qualité des actions mises en œuvre.

La volonté affirmée d'assurer l'égalité d'accès géographique témoigne du souci renouvelé de prendre en compte les territoires dans toutes leurs diversités en s'appuyant sur une logistique existante, à renforcer ou à développer. Les schémas régionaux se doivent d'être un élément stratégique venant compléter l'organisation régionale dans la mesure où les différentes démarches engagées dans le cadre des PRS, PRAPS ou SROS, prochainement des PRSP, comportent toutes un volet prévention. Il s'agit en fait de capitaliser et de renforcer ce qui a déjà été accompli dans le champ de l'éducation pour la santé dans la perspective d'une mise en cohérence des actions propres à chacun des plans, programmes et schémas. Les SREPS, dans la phase préparatoire à leur élaboration, ont constitué un partenariat le plus large possible, réunissant les pouvoirs publics, les collectivités territoriales, les acteurs et professionnels du système de santé, du travail social et du système éducatif, ainsi que des représentants de la société civile et du "*grand public*". La loi relative à la politique de santé publique indique que les SREPS seront poursuivis jusqu'à leurs termes mais ils ont vocation à faire partie intégrante des PRSP.

Au plan national, l'éducation pour la santé dispose d'une structure propre : l'Institut National de Prévention et l'Éducation pour la Santé. Organisme public d'État, créé lui aussi par le même article 79 de la loi du 4 mars 2002, l'INPES a été confirmé dans ses missions à l'article 7 de la loi relative à la politique de santé publique. Il succède au Comité Français d'Éducation pour la Santé précédemment constitué sous forme associative et auquel l'État et l'Assurance Maladie faisaient appel comme à un prestataire de service. Financé pour partie sur le budget de l'État, ses autres ressources peuvent provenir des collectivités, institutions ou des services rendus. Son rôle est triple : il est chargé d'une mission de conseil et d'appui auprès d'organismes désireux d'œuvrer en faveur de l'éducation pour la santé, de développer des pratiques d'éducation à la santé en cohérence avec les expériences régionales et départementales, de mettre en œuvre les programmes nationaux prioritaires de prévention comme le programme national nutrition santé, par exemple.

1.1.3. Le Programme national nutrition santé

Le PPNS tient ses origines d'un rapport du HCSP faisant suite à la demande de la Secrétaire d'Etat à la Santé Dominique GILLOT, la nutrition ayant été choisie comme thème prioritaire de santé publique par la Présidence française de l'Union Européenne en 2000. Ce choix devait aboutir à la préparation de la résolution sur la santé et la nutrition, signée par l'ensemble des ministres de la santé européens le 14 décembre 2000 lors du Conseil de la Santé.

Les enjeux étaient de deux ordres : humain tout d'abord par les conséquences que les déséquilibres nutritionnels entraînent sur le plan de la santé individuelle, économique ensuite par les coûts générés par les traitements des pathologies induites par ces déséquilibres.

Les objectifs avaient été définis en 1999 par un Comité d'experts dans un rapport élaboré pour la Direction Générale de la Santé intitulé "Des objectifs pour une politique nutritionnelle de santé publique en France" Ils ont constitué le socle du Programme National Nutrition Santé, orienté vers la population générale.

L'objectif de ce programme est l'amélioration de l'état nutritionnel, la réduction du risque des maladies chroniques, l'amélioration de l'état de santé et de la qualité de vie de toute la population. *"Si certains groupes de populations connaissent des risques spécifiques, tous les individus et tout au long de leur vie, sont directement confrontés au travers des aliments qu'ils consomment quotidiennement et/ou de leurs habitudes alimentaires à un déterminant majeur de l'état de santé. Par ses choix alimentaires et son mode de vie, chaque consommateur s'expose, souvent sans en avoir conscience, à d'éventuels facteurs de risque ou de protection vis-à-vis de certaines maladies chroniques. Il est donc un acteur essentiel pouvant intervenir directement sur un déterminant majeur de sa santé"*¹⁵. Il va être question d'intervenir dans le plus grand nombre de niveaux possibles, de la maternité à la maison de retraite, par l'intermédiaire d'actions choisies sur la base de recommandations nationales. Ces recommandations visent à intervenir sur les déterminants majeurs des maladies telles les maladies cardiovasculaires, les tumeurs malignes, l'obésité, l'ostéoporose, le diabète non insulino-dépendant.

Les recommandations reposent sur des connaissances scientifiques avérées quant à l'implication des facteurs nutritionnels aussi bien dans les risques que dans la protection

¹⁵ Serge HERCBERG Unité de Surveillance et d'Epidémiologie Nutritionnelle

vis à vis de certains des grands problèmes de santé publique. Les comportements et les habitudes variant d'une région, ou d'un groupe de régions, à l'autre, les objectifs d'accroissement ou de réduction de la consommation de certains types d'aliments sont donc exprimés en moyennes nationales. Il appartient ensuite aux promoteurs des actions d'adapter les objectifs aux contextes locaux. Il est à noter que l'augmentation de l'activité physique est étroitement associée à la modification des pratiques alimentaires, la sédentarité étant considéré comme un facteur de risque aggravant. La campagne d'information initiée par l'INPES relative à la réalisation quotidienne de l'équivalent de ½ heure de marche rapide est venue utilement compléter celle relative aux bienfaits de la consommation quotidienne de plusieurs fruits et légumes.

Pour atteindre les objectifs qu'il a fixés, le plan propose un ensemble de mesures hiérarchisées. Les axes stratégiques associent l'information, le dépistage et la prise en charge des troubles dans le système de soins, l'implication des industriels de l'agroalimentaire, la mise en place de systèmes de surveillance ainsi que le développement de la recherche. Des mesures et actions de santé publique complémentaires destinées à des groupes spécifiques de population peuvent être envisagées. On se souviendra que de telles actions ont déjà été mises en place, soit dans le cadre de PRAPS, soit dans le cadre d'un PRS spécifique Nutrition comme en Languedoc-Roussillon.

Adopté pour une période de 5 ans, 2001 à 2005, le PNNS se veut composé d'objectifs pragmatiques devant permettre, dans un premier temps, d'améliorer la situation française vis à vis des facteurs de risque, dans un second temps de favoriser sur le plus long terme l'acquisition de bonnes pratiques alimentaires. Le niveau de promotion des facteurs de protection et de réduction des facteurs de risque retenus paraît raisonnable et atteignable sur la période considérée.

1.2. Des outils en constante adaptation

1.2.1. Des démarches territorialisées

La mise en œuvre des politiques de santé, élaborées et décidées au niveau national pour les grands thèmes susceptibles de concerner l'ensemble de la population, est, depuis les années quatre vingt dix, le plus souvent confiée à l'échelon régional. Ce dernier est désormais considéré comme le niveau le plus apte à prendre en compte la diversité des situations sanitaires, sociales, géographiques ou économiques sur un territoire donné. Disposant d'institutions propres, bénéficiant d'autonomie de décisions politiques et doté de capacités financières, il est en capacité de mobiliser beaucoup plus facilement et

beaucoup plus rapidement les moyens nécessaires à l'expertise ainsi que d'utiliser au mieux les ressources locales.

L'aptitude à élaborer, concevoir et mettre en œuvre des politiques est issue de la déconcentration, système par lequel l'Etat central délègue des pouvoirs de décision à certains de ses représentants à effet de régler localement des affaires les concernant directement. Le mouvement de la déconcentration s'est engagé parallèlement à celui de la décentralisation, pour ce qui nous intéresse, il concernait les DRASS et les DDASS pour lesquelles la terminologie a évolué de "service extérieur" à "service déconcentré" de l'Etat.

La régionalisation avait commencé, quant à elle, beaucoup plus tôt, en 1956 avec la création d'un découpage régional administratif, suivie en 1972 de la création effective des régions. L'affirmation d'un niveau régional de référence allait alors permettre de lui attacher de nouvelles structures, soit en tant que relais de structures nationales, soit en tant que fédérations ou regroupements de structures départementales. Les DRASS ont été créées en 1977, les régions en tant que collectivités territoriales en 1982¹⁶, même si elles n'ont intégré l'organisation constitutionnelle de la république que 20 ans plus tard.

La première déclinaison au niveau régional d'un plan national est apparue avec la circulaire DH/DGS/DSS du 21 juin 1984 relative à l'élaboration de programmes régionaux pour le traitement de l'insuffisance rénale chronique. Cependant, l'idée qu'un programme de santé puisse être spécifiquement conçu au sein d'une région n'apparaîtra que lors des débats parlementaires précédant l'adoption de la loi portant réforme hospitalière en juillet 1991.

On note que dans les années 90, dans la suite de ces débats, quelques projets expérimentaux de programmation stratégique d'actions de santé (PSAS.) viennent compléter des schémas régionaux d'organisation des soins (SROS.) à visée strictement hospitalière. Mais le mouvement est enclenché, on assiste alors à la création de structures et d'instances régionales nouvelles chargées d'observer l'état de santé de la population, de faire des propositions d'action, de les mettre en œuvre et de les évaluer. C'est ainsi qu'apparaîtront les URML en 1993, les ARH, les URCAM. et les CRS en 1996.

La notion de territoire a fortement évolué au cours des dernières décennies, notamment à partir de l'année 1982 et de la première loi de décentralisation. La sociologie, en

¹⁶ Loi n° 82-213 du 2 mars 1982 relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions

analysant l'organisation et les relations sociales existant dans ces nouveaux espaces est venue au secours du politique en essayant de comprendre et de donner un sens à ces limites nouvellement créées.

Le territoire a longtemps été assimilé à un contenant, aux limites parfaitement définies, correspondant le plus souvent à une circonscription administrative à vocation électorale : commune, canton, arrondissement, circonscription législative ou sénatoriale, département, région. Selon les concepteurs de la décentralisation il s'agit de créer un "*choc psychologique*" destiné à réduire les résistances à un bouleversement, il poursuit trois objectifs : rapprocher les citoyens des centres de décision, responsabiliser les autorités élues et leur donner de nouvelles compétences, favoriser le développement des initiatives locales. Il s'agit d'ajouter un contenu au contenant, et cette idée va progressivement faire son chemin pour aboutir à une conception diamétralement opposée à la précédente, à savoir : définir un territoire à partir d'un contenu.

C'est ainsi que l'on a vu apparaître de nouvelles entités aux limites fluctuantes selon les contenus tels les bassins d'emploi, les bassins de vie, les territoires de santé... D'autres entités se sont fractionnées et démultipliées, notamment les services départementaux d'action sociale, ils se sont complètement reconfigurés, transcendant les circonscriptions administratives existantes en fonction de la répartition de la population et de ses besoins.

Désormais, le territoire apparaît comme une notion, un concept à périmètre et à durée variable en matière d'action publique. Il peut évoluer en fonction de la nature des questions à traiter, mais répond à des logiques d'intérêts communs des acteurs ou de ceux qu'ils servent. Il peut être également appréhendé sous différents angles comme celui d'un réseau social, c'est à dire un espace occupé par des hommes qui nouent des relations politiques, sociales et économiques. La coordination s'invente vraiment sur le territoire.

La reformulation des politiques sectorielles, et donc l'adaptation de leur contenu aux besoins réellement repérés au plan local, permettent de faire évoluer le territoire institutionnel vers le territoire de pertinence. Il y a une différence entre le territoire institutionnel prédéfini, porteur de politique, et le territoire de pertinence ou de proximité porteur de projet(s). Dans le premier cas, l'initiative est descendante, dans le second elle est ascendante.

L'appréhension des réalités locales souvent complexes, parce qu'elles sont diverses, appelle la construction de dispositifs différents selon les endroits et selon les politiques. Il

s'agit alors de la territorialisation entendue comme l'organisation, sur un territoire, des politiques : de la région à la commune, "*Il n'y a pas un niveau optimal...*".¹⁷

La territorialisation ne doit pas être une réponse à la crise de l'Etat providence au risque d'être vécue comme un abandon et d'entraîner la constitution de zones de non droit. Elle doit plutôt l'être comme l'opportunité d'utiliser les dynamiques locales au service de la réalisation des projets nés du terrain ou de la réponse donnée aux besoins exprimés par les populations elles-mêmes.

On ne peut cependant se limiter à favoriser exclusivement les projets nés du territoire au risque de voir se constituer des "*zones blanches*"¹⁸ par défaut de porteurs de projets. Il est alors du rôle de la puissance publique de rechercher les leviers susceptibles de favoriser l'émergence de ces derniers, de les soutenir et de leur garantir la pérennité que leur utilité nécessite. Le domaine de la santé n'est pas ou peu investi par les collectivités locales ou leurs groupements. C'est plutôt, par tradition, le domaine de l'Etat, de plus en plus celui de l'Assurance Maladie et surtout celui des associations qui, par exemple, mettent en œuvre 47 des 65 projets financés dans le cadre du PRAPS de Midi-Pyrénées en 2004. Pléthoriques sur certains secteurs, notamment urbains, les associations sont globalement absentes dans le domaine de la santé dans les territoires ruraux.

De nouveaux acteurs apparaissent cependant comme médiateurs ou porteurs de projets des actions visant la santé : les hôpitaux locaux, ou les centres hospitaliers intercommunaux, dont certains souhaitent jouer un rôle au delà de la prise en charge purement sanitaire. De nouveaux territoires semblent s'organiser autour de ces établissements dont certains servent déjà de point d'appui aux CLIC Il s'agit là d'une nouvelle manière concrète de concevoir la santé dans sa globalité, comme le continuum défini par le HCSP.

1.2.2. Le développement des partenariats : des acquis à faire fructifier

L'expérience acquise dans le cadre de l'élaboration et de la mise en œuvre des différents programmes de santé, notamment des PRAPS, a permis d'amorcer le décroisement entre les acteurs du domaine médical et ceux du domaine social. L'instauration des PASS dans les hôpitaux a été une occasion d'établir une passerelle formalisée entre le sanitaire et le social, entre la médecine hospitalière et la médecine de ville.

¹⁷ P. LE GALES, *Le partenariat comme mode de lutte contre l'exclusion sociale*, Rennes 1996

¹⁸ IGAS rapport 2002 "Politiques sociales et territoires"

La constitution de réseaux, formels ou non, a permis de structurer de nouvelles pratiques de travail entre des métiers qui avaient plutôt tendance à s'ignorer jusque là. Il était important que chacun des acteurs puisse d'abord savoir, ensuite mieux connaître, ce que faisaient les autres intervenants dans le domaine de la santé. Les formations transversales, organisées le plus souvent à la demande de ces acteurs, ont facilité la connaissance réciproque de professionnels attachés à faire progresser les questions de santé mais jusque là souvent enfermés dans des approches et des fonctionnements inhérents à leur culture professionnelle.

Cette démarche tendant à constituer une culture commune est relativement récente, elle a souvent été imposée par la nécessité de construire des partenariats, elle ne peut cependant s'imposer aux différents acteurs. Ces derniers doivent trouver en eux-mêmes la nécessité des complémentarités à mettre en œuvre au service des objectifs qu'ils se sont fixés. Si certains des acteurs de la santé l'ont appelée de leurs vœux, elle est cependant loin d'être généralisée alors qu'elle est le socle de la constitution d'un référentiel de pratiques permettant d'utiliser au mieux les compétences respectives. Qu'on l'appelle transversal, pluridisciplinaire ou multi partenarial, le travail en complémentarité devrait en effet s'imposer comme une condition incontournable de toute mise en œuvre d'une politique publique.

1.2.3. Une stratégie de communication qui se modernise

Pour être efficaces, les campagnes d'information relatives à la prévention, doivent mettre prioritairement l'accent sur le côté valorisant de la modification des comportements, les déterminants positifs de la santé.

L'éducation sanitaire a été, jusqu'aux années quatre vingt, essentiellement l'affaire des professionnels de santé qui s'en étaient emparée. Ils transmettaient principalement des messages sur les conséquences des comportements quotidiens, en terme de maladies : cirrhoses du foie, poumons noircis, enfants blessés, ont constitué les images fortes de la prévention. L'approche pédagogique était biomédicale, axée sur la transmission d'un savoir "*effrayant*" dont on présumait qu'il était intrinsèquement propre à faire changer les comportements individuels. C'est dans ces mêmes années quatre-vingt, sous l'égide de l'OMS, que le concept de promotion de la santé a fait son apparition pour remplacer celui d'éducation sanitaire.

Désormais, les professionnels de la santé n'agissent plus seuls, un nouveau champ théorique et conceptuel s'est mis en mouvement, alliant à la recherche médicale la recherche en sciences sociales. On s'est progressivement rendu compte que la stigmatisation des mauvaises habitudes avait plutôt tendance à renforcer soit le déni du

comportement mis en cause, soit son accentuation volontairement provocatrice. L'exemple des actions conduites dans le cadre des campagnes contre le tabagisme ou la consommation excessive d'alcool montre une évolution très nette du contenu des messages dans les trois dernières années. Il en est de même pour la consommation des fruits et des légumes. Il s'agit, dans tous les cas, de valoriser les conduites positives en exprimant tous les bienfaits pouvant en résulter.

L'industrie agroalimentaire a d'ailleurs rapidement et parfaitement compris tous les bénéfices qu'elle pouvait tirer des arguments du PNNS au service de sa stratégie de communication. De nombreuses publicités, essentiellement dans les magazines féminins, font référence aux recommandations du PNNS pour apporter une caution scientifique à la qualité des produits qu'elles promeuvent. Le contenu des messages publicitaires évolue, ils ne se contentent plus d'offrir le rêve ou les images idéales véhiculés par le support, inatteignables pour la très grande majorité des lecteurs, ils apportent des informations techniques permettant de justifier scientifiquement l'utilisation du produit.

1.3. Un contexte en pleine mutation

La mise en œuvre progressive de la loi relative aux lois de finances du 1^{er} août 2001, traduite dans la régionalisation des crédits de prévention par exemple, a conduit le ministère en charge des questions de la santé à élaborer puis à mettre en œuvre une "stratégie ministérielle de réforme" ayant pour objectif d'adapter progressivement ses structures à l'évolution prévisionnelle de missions.

Engagée en 2002, dans la suite de l'adoption la LOLF, la stratégie ministérielle de réforme (SMR) s'inscrit dans la logique des grands principes guidant la réforme budgétaire. Pour la bonne déclinaison du triptyque : mission, programme, action, il est apparu nécessaire d'adapter la configuration des services de l'Etat, plus particulièrement celle de ses services déconcentrés, DRASS et DDASS, cette dernière ayant déjà été affectée par la loi transférant la gestion du revenu minimum d'insertion aux départements.

Consultés dans le cadre des rencontres régulières avec les ministères concernés, les directeurs des services déconcentrés ont fait un ensemble de propositions sur la réorganisation de leurs services. Les réflexions sont cependant toujours en cours, il apparaît néanmoins que la réforme budgétaire associée aux dernières lois adoptées en matière de santé publique et de compétences locales viendront prochainement répondre aux questions sur les missions et par conséquent sur les organisation.

Au niveau technique, la mise œuvre prochaine de la LOLF au 1^{er} janvier 2006 a déjà affecté la gestion des crédits consacrés aux politiques de santé en les globalisant au

niveau de la région, préfiguration depuis le 1er janvier 2004 de l'exécution des politiques publiques par missions, programmes, actions. Ces dernières, touchant aux problématiques nutritionnelles et cardiovasculaires, font partie du programme *Santé publique et prévention* lui-même inclus dans la mission *Santé*.

1.3.1. La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

Cette loi affirme la responsabilité de l'Etat en matière de politique de santé publique, ainsi que le rôle du Parlement dans ce domaine. L'exposé des motifs par M. Jean-François MATTEI¹⁹ précise que "*Faute de disposer ainsi d'un cadre de référence clair et cohérent pour guider leur action, les multiples acteurs de la politique de santé publique opèrent dans un contexte caractérisé par la dispersion des efforts et leur faible efficacité d'ensemble, liée à l'insuffisance de l'évaluation des actions de santé*". Afin de remédier aux insuffisances et aux carences mises en évidence, un certain nombre d'instances sont regroupées et fusionnées afin de garantir la cohérence de l'élaboration et de la mise en œuvre des différents programmes de santé à venir. A cet effet est créé le Comité National de Santé Publique désormais compétent tant en matière de sécurité sanitaire qu'en matière de prévention.

Si la définition des objectifs prioritaires relève bien d'un vote du parlement, la loi confirme le niveau régional comme l'échelon territorial de référence pour la mise en œuvre des politiques de santé publique. Il s'agit d'assurer la coordination des stratégies et des actions des différents partenaires institutionnels concernés : Etat, Assurance Maladie et Région si elle le souhaite. Il est institué, dans ce but, un Groupement régional de santé publique (GRSP) présidé par le représentant de l'Etat dans la région. Constitué sous la forme de groupement d'intérêt public, le GRSP organise la mutualisation des moyens institutionnels par le regroupement de diverses structures intervenant dans les domaines de l'observation, de l'épidémiologie et de la prévention, de l'éducation pour la santé. Conformément à l'esprit de la réforme, le GRSP couvre l'ensemble des champs de la santé et dispose de moyens propres pour exécuter ses missions, contrairement au Conseil Régional de Santé institué par la loi du 4 mars 2002. Le GRSP a pour mission d'élaborer le Plan régional de santé publique, lequel devra veiller à mettre en cohérence les différents plans et programmes déjà existants ainsi que ceux à venir.

La loi confirme à cet effet la nécessité de disposer d'un ensemble coordonné de programmes et d'actions dont un PRAPS et un PRS, mais également un "programme de prévention des risques liés à l'environnement et au travail" et un "programme de santé

¹⁹ Ministre de la Santé de 2002 à 2004

scolaire et d'éducation à la santé". La circulaire du 24 septembre 2004 relative à la mise en place de la démarche d'élaboration du plan régional de santé publique rappelle la nécessaire articulation entre le PRSP et le SROS : "il (...) *prend en compte les objectifs de ce plan*".

1.3.2. La loi du 13 août relative aux libertés et aux responsabilités locales

En transférant de nouvelles compétences aux collectivités territoriales, en favorisant et en incitant ces mêmes collectivités à s'engager davantage dans les politiques de santé, le législateur a souhaité faire participer l'échelon territorial à la définition et la mise en œuvre de ces politiques, même si le choix des grandes priorités reste du domaine du Parlement.

Ainsi, l'article 70 de la loi met en place une expérimentation permettant aux régions qui en font la demande de participer, dans un cadre conventionnel établi avec l'ARH, au financement et à la réalisation d'équipements sanitaires. La signature de la convention emporte nécessairement modification de la composition de la commission exécutive de l'ARH, la participation des élus régionaux étant désormais assurée avec voix délibérative et à parité avec les représentants des autres institutions représentées dans la commission (Etat, organismes d'assurance maladie).

Par ailleurs, en cohérence avec la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, si l'article 71 assure la "*recentralisation*" vers l'Etat des compétences confiées aux départements en 1983 dans le domaine de la lutte contre les grandes maladies, il donne aux départements la possibilité de continuer d'exercer des activités en matière de dépistage dans le cadre d'une convention à conclure avec l'Etat. Il paraissait en effet difficile de mettre fin à des processus ayant eu quelques peines à se mettre en place et qui commençaient à fonctionner dans des conditions satisfaisantes, comme cela avait pu être notamment le cas pour le dépistage du cancer du sein.

Le premier ministre, par circulaire du 16 novembre dernier²⁰, donne une nouvelle accélération à la réforme de l'administration territoriale en demandant explicitement aux Préfets de lui faire des propositions précises de transformation des services de l'Etat dans les départements à échéance du 31 mars 2005 pour une adoption définitive avant la fin de cette même année. Pour les DDASS, trois scénarii sont proposés à titre d'exemple : transformation des DDASS en échelon départemental des DRASS, rapprochement DDASS – DDTEFP, renforcement des DDASS par attribution de compétences exercées par d'autres services. Dans tous les cas de figures, il apparaît cependant essentiel de

²⁰ Circulaire du 16 novembre 2004 relative à la réforme de l'administration départementale de l'Etat

maintenir un échelon de proximité ; cet argument a toujours accompagné toutes les déclarations relatives à la modernisation des services de l'Etat auxquels il était globalement reproché d'être trop éloignés des usagers. Quelle que soit la solution retenue, sachant que les contextes locaux détermineront des choix différenciés d'un département ou d'une région à l'autre, les DDASS et leurs agents auront toujours à mettre localement en œuvre les politiques nationales, mais avec des moyens risquant d'être moins bien proportionnés qu'ils ont pu l'être jusqu'à présent.

1.3.3. La loi du 13 août relative à l'assurance maladie

La loi du 13 août 2004 vient consacrer une nouvelle réforme de l'assurance maladie. Elle prend en compte les questions de prévention notamment dans son article 66, il dispose que "*L'union régionale (URCAM) veille à la mise en oeuvre par chacune des caisses des actions de prévention et d'éducation sanitaire nécessaires au respect des priorités de santé publique arrêtées au niveau régional*". L'article suivant modifie le code de la sécurité sociale en créant "*Une mission régionale de santé constituée entre l'agence régionale de l'hospitalisation et l'union régionale des caisses d'assurance maladie...*" qui, entre autres rôles "*apporte son appui, en tant que de besoin, aux programmes de prévention mis en oeuvre par le groupement régional de santé publique prévu à l'article L. 1411-14 du code de la santé publique*".

Ces dispositions ne bouleversent pas fondamentalement l'organisation antérieure, elles apportent un peu plus de cohérence dans le paysage préexistant, elles affirment la nécessaire participation de l'assurance maladie et des ARH dans les actions de prévention issues des PRSP.

La part relative des dépenses de l'assurance maladie consacrée aux actions de prévention n'est pas définie dans la loi. Prises dans leur globalité, avec 2,3% elles restent modestes dans le système de soins français, elles recouvrent, tous financeurs confondus, d'une part, des dépenses de prévention individualisées : médecine du travail, santé scolaire, protection maternelle et infantile, toxicomanie, planification familiale, examens de santé, dépistages, vaccinations ; d'autre part, des dépenses de prévention collective : action et recherche d'intérêt général, campagnes permanentes d'information et d'éducation sanitaire. Ce deuxième volet, pour l'essentiel à la charge de l'assurance maladie par contribution au financement du FNPEIS, ne représente qu'un peu moins de 1% de son budget total.

2. L'EXPERIENCE GERMOISE D'EDUCATION NUTRITIONNELLE

2.1. Le contexte local

2.1.1. Un département à forte dominante rurale...

Le département du Gers couvre 6 300 Km², deuxième plus vaste des huit composant la région Midi-Pyrénées²¹, il est le sixième pour la population avec 173 213 habitants²², soit une densité très faible de 28 habitants au Km².

Avec une part importante de la population âgée, un habitat dispersé, le département du Gers est un département essentiellement rural, 75% de sa superficie est classée surface agricole utile. Il comprend 463 communes dont 434 de moins de 1 000 habitants. Auch, chef-lieu de département, 23 051 habitants, est au centre d'une intercommunalité regroupant 13 communes, soit un peu plus de 31 000 habitants, globalement plus jeunes que la moyenne départementale.

La dispersion de l'habitat induit des conditions d'isolement et des difficultés majeures d'accès à des services : 8 communes sur 10 ne disposent pas des équipements nécessaires à la vie quotidienne (1 sur 2 en France). Ces services tendent encore à se restreindre, qu'il s'agisse des commerces de proximité, de ceux de la Poste ou des perceptions. Si la diminution de l'activité de ces deux derniers peut servir de justification à une réorganisation expliquée comme nécessaire sur un strict plan économique, elle est souvent très mal vécue par les populations qui voient ainsi se concrétiser le déclin de leur commune ou de leur canton. Les regroupements scolaires amorcés depuis plusieurs années déjà se poursuivent, mais dans le cadre désormais plus structuré d'intercommunalités hétérogènes en nombre d'habitants et aux périmètres dont la pertinence n'apparaît pas toujours évidente aux yeux des non initiés aux subtilités des règles de la politique locale.

2.1.2. ...face à des défis...

Ce département doit faire face à de nombreux défis dont le premier tient à sa démographie. A peine 20% de la population a moins de 20 ans contre 23% pour la région, 12% a plus de 75 ans pour 9% en moyenne régionale. Cette répartition a une incidence directe sur les services offerts en milieu rural, lequel devient de moins en moins attractif pour les jeunes couples et les familles avec des enfants d'âge scolaire.

²¹ Annexe 1 Le Gers en Midi-Pyrénées.

²² Source STATISS Midi-Pyrénées 2004 estimations INSEE.

Le deuxième défi tient à une économie essentiellement assise sur l'agriculture et sur quelques industries dérivées dans le domaine agroalimentaire. La modernisation continue de l'agriculture nécessitée par l'accroissement de la taille moyenne des exploitations agricoles, réduit les possibilités d'emplois peu ou pas qualifiés. Les quelques implantations récentes d'entreprises sous-traitantes d'Airbus Industrie, liées à la construction du futur A 380, n'en feront pas un pôle d'attraction majeur. Par ailleurs, le Gers est limitrophe des départements de la Haute Garonne à l'Est, du Lot et Garonne au Nord, des Landes à l'Ouest, des Hautes Pyrénées au Sud. Chacun des chefs-lieux de ces départements, situé à moins de 80 km d'Auch par des axes routiers dont les qualités ne cessent de s'améliorer, accentue l'effet d'appel et en minimise l'attraction pour de nombreux jeunes en formation post scolaire et d'autres en recherche d'emplois qu'ils ne peuvent trouver sur place.

On comprend mieux, dans ces conditions, qu'il soit difficile pour le département de maintenir sa population, même si une partie de l'Est est entrée dans de la sphère d'influence de la métropole toulousaine. Le déficit de population conjugué à une économie relativement peu porteuse de plus values et de potentiel fiscal limite les marges de manœuvre des collectivités locales. Cependant, le développement de l'intercommunalité, même avec les défauts relevés plus haut, grâce à la mise en commun de moyens humains, techniques et financiers, peut constituer un début de réponse à la résolution des problèmes apparemment insolubles au seul niveau communal.

2.1.3. ...mais non sans ressources

La situation du département du Gers n'est pas exceptionnelle. Comme la grande majorité des autres départements ruraux, il connaît les difficultés inhérentes à la ruralité. Il dispose néanmoins d'atouts qu'il s'attache à développer en essayant de promouvoir une image de marque valorisée par des éléments constitutifs de la ruralité : qualité de vie, sécurité, convivialité, nature préservée, même si la présence de champs expérimentaux de maïs transgéniques jette actuellement quelques taches sur cette image.

Une des caractéristiques notables du département réside dans la richesse de sa vie associative, qu'elle concerne les loisirs, la culture ou le sport. Cette particularité française du principe d'association y est particulièrement développée, et si elle traduit souvent une certaine forme de vitalité et de créativité, elle peut être quelque fois révélatrice de la difficulté à trouver des modes d'organisation dépassant des intérêts immédiats ou égocentrés, souvent attribués aux Gascons. C'est ainsi que l'on pourra voir dans un même village plusieurs associations proposant des activités aux objectifs semblables, le bien-être par l'activité physique par exemple, mais en ayant recours à des moyens ou des

techniques différents. L'une de ces associations proposera le yoga, une autre la gymnastique volontaire et une troisième la relaxation dynamique comme le "tai chi chuan", sans qu'elles soient fédérées au sein d'un groupement d'associations. Il en va de même pour l'ensemble des autres activités. Cette remarque n'est ni anecdotique ni anodine, elle peut en effet expliquer certains des problèmes rencontrés par les pouvoirs publics pour relayer et mettre en œuvre sur le terrain des politiques nécessitant de s'appuyer sur le tissu associatif.

Les institutions rencontrées dans le cadre du présent mémoire ont acquis des habitudes de coopération, notamment dans le domaine social, et ont favorisé, implicitement ou explicitement, la constitution de réseaux souvent facilitateurs de procédures.

Parmi ces institutions, au premier rang desquelles figure la DDASS, il convient de citer : le Conseil Général par l'intermédiaire de son service de PMI, le service départemental de santé scolaire, les caisses d'assurance maladie du régime générale et du régime agricole, mais également l'Association de Prévention du Gers et le CODES, enfin, dans un registre un peu différent, les hôpitaux locaux.

2.2. La genèse de l'action départementale

Dès l'année 2000, avant le lancement du PNNS l'année suivante, la DDASS du Gers est déjà préoccupée par les questions relatives à la nutrition qui sembleraient affecter plus particulièrement les populations précarisées. Elle souhaite promouvoir une action dans ce domaine, mais ne dispose pas de crédits spécifiques lui permettant de mettre en place un dispositif ou même une action, pas plus que l'assurance maladie également intéressée par cette question. Ce thème est alors proposé dans le cadre de la préparation du premier programme régional d'accès à la prévention et aux soins, comme l'un des problèmes particuliers identifiés chez les enfants de familles en situation de précarité.

2.2.1. Une action née de la préparation du PRAPS

Conformément à ses champs de compétences, la DDASS a été amenée à conduire les réflexions préalables à la préparation du PRAPS. Ces travaux ont amené les participants à considérer la question de l'obésité non plus comme un problème strictement individuel mais aussi comme une préoccupation collective de santé publique. Si les données chiffrées étaient encore un peu éparpillées, pas toujours très fiables, il apparaissait assez unanimement que les différentes observations des participants à ces travaux se recoupaient pour en faire une question d'importance. Elle a cependant suscité un vif débat au sein des instances chargées d'élaborer et de définir les orientations et les objectifs du PRAPS, notamment quant aux populations visées par une éventuelle action.

Il apparaissait en effet difficile de conduire une expérimentation ne concernant que les enfants des familles ciblées par la loi de lutte contre les exclusions, dans un projet se proposant d'utiliser l'école comme support de son action. Les effets d'une telle discrimination auraient pu être plus dévastateurs que bénéfiques. On constate, à cette occasion, que l'approche populationnelle ne va sans poser des questions de faisabilité, les critères parfois retenus dans la détermination des cibles ne correspondant pas à la réalité des situations rencontrées sur les territoires. C'est pourquoi le projet présenté, bien que considéré à la marge des domaines d'intervention du PRAPS, a finalement été accepté et a bénéficié d'un financement sur les crédits correspondants.

2.2.2. Des acteurs locaux individuellement motivés

Les travaux préalables aux actions de prévention par l'éducation nutritionnelle ont été effectués dans le cadre de groupes de réflexions associant des partenaires intéressés ou véritablement motivés par la question de l'alimentation vue sous l'angle de la nutrition. D'autres acteurs, et plus particulièrement les hôpitaux locaux, viendront ultérieurement apporter leur contribution en ouvrant de nouveaux champs à la réflexion, tout en proposant de mettre leurs potentiels techniques à disposition d'actions territoriales.

La caisse primaire d'assurance maladie

L'assurance maladie, par l'intermédiaire de la CPAM du département, s'était déjà intéressée, elle aussi, à la question du surpoids et de l'obésité, plus particulièrement en raison des incidences en termes de coûts à supporter pour en prendre en charge les effets. Bien que ne figurant pas encore au rang des priorités déterminées par les niveaux national et régional, le conseil d'administration de la caisse locale avait donné son aval pour une participation effective à une réflexion sur des modalités de prise en compte effective de cette question.

L'objectif 8 du PNNS vise à "...réduire de 20% la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les adultes et interrompre l'augmentation (...) de la prévalence de l'obésité chez les enfants". Il a été intégré comme l'une de des priorités dans le contrat pluriannuel de gestion signé avec l'Etat pour la période 2000 – 2003, renouvelé depuis.

C'est sans réserve que la caisse primaire locale a accepté de participer au comité de pilotage de l'action "Prévention de l'obésité infantile" dont elle est devenue l'un des acteurs essentiels. En effet, à partir du moment où la réduction de la prévalence de l'obésité a été déterminée comme l'une des priorités définies nationalement, le niveau régional, par l'intermédiaire de l'URCAM, a disposé de financements spécifiques à affecter à des opérations locales. Ils viennent compléter ou se substituer à ceux de l'Etat.

Sur un plan méthodologique, les appels à projets, tant dans le domaine de la santé nutritionnelle que dans d'autres domaines de la santé, sont, la plupart du temps, effectués et instruits en commun avec les services de la DRASS et de la DDASS. Cette volonté d'agir en commun témoigne du souci de cohérence devant guider la réflexion et l'action.

L'action de l'échelon régional de l'assurance maladie est organisée par l'URCAM. Elle dispose d'un budget alimenté par le FNPEIS très majoritairement pré affecté aux actions décidées par le niveau national (80%) devant être mises en œuvre localement. La part restante est destinée à répondre aux besoins spécifiques de la région ainsi qu'à des actions expérimentales novatrices.

L'URCAM a ainsi validé un projet d'éducation thérapeutique par la diététique visant à prévenir les maladies cardiovasculaires chez les patients souffrant de diabète, d'hypertension artérielle ou de dyslipidémie. Ce projet, expérimenté dans le département du Gers, piloté par le directeur de la CPAM locale, s'inscrit à la fois dans le cadre du PNNS et dans celui de du programme national de prévention des risques cardiovasculaires 2002 – 2005 s'accompagnant, pour la région Midi-Pyrénées, de la mise en place du volet cardiologie du SROS.

On note, à cette occasion, que les programmes de santé, nationaux ou régionaux, ne sont pas étanches entre eux et que le continuum prévention - soins s'exprime par la référence à ces différents programmes et leur mise en cohérence comme éléments d'un tout.

Ce projet d'action thérapeutique a pour objectif de conduire les médecins libéraux à proposer aux patients dépistés comme étant à risques une éducation diététique adaptée à leur situation personnelle en utilisant les ressources des hôpitaux locaux en cohérence, la circulaire du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local.²³

La DDASS n'est pas partie prenante directe de ce projet qui repose sur une initiative de l'assurance maladie, mais le suit avec attention et a facilité la mise en relation et l'adhésion de l'hôpital local concerné.

²³ Article L 611-2 du code la santé publique : "*Il (l'hôpital local) participe notamment aux actions de santé publique, aux actions médico-sociales coordonnées, de médecine préventive et d'éducation pour la santé, et de maintien à domicile en liaison avec les professionnels de santé locaux*".

Le service départemental de santé scolaire

La motivation des acteurs s'est également confirmée par la forte implication du service départemental de santé scolaire, concerné au premier chef par la question de l'obésité infantile et à l'origine de l'action de prévention.

Il réalise depuis de nombreuses années les bilans de santé obligatoires, prévus par le code de l'éducation, pour les enfants des grandes sections de maternelles avant leur entrée à l'école primaire. Jusqu'à une date encore récente, les résultats des examens médicaux aux protocoles bien établis étaient consignés sur une fiche et transmis à la famille de l'enfant en vue d'apporter les éventuelles corrections nécessaires aux dysfonctionnement ou troubles constatés. Il est à noter que les informations détenues par les services de la protection maternelle et infantile du Conseil Général sont régulièrement communiquées au service de santé scolaire au moment de l'entrée en dernière année de maternelle.

L'ensemble des éléments recueillis par l'un ou l'autre des services sur l'état global de santé des enfants n'avait pas été utilisé à des fins d'études épidémiologiques jusqu'en 2001 au niveau local. C'est essentiellement grâce à l'impression d'ensemble des médecins, non attestée par des études statistiques quasi inexistantes, qu'est intervenue la prise de conscience d'une évolution sensible de l'apparence physique des enfants.

Sur proposition du comité de pilotage de l'action de prévention de l'obésité infantile, en accord avec sa hiérarchie, le service de santé scolaire a mené une enquête à partir d'un questionnaire renseigné par les parents et remis par eux-mêmes au médecin scolaire lors de la visite médicale obligatoire. L'enquête a porté sur 55 écoles, elle a concerné 739 enfants. Les résultats du traitement, fournis par l'organisme régional GRES Médiation Santé, ont dépassé les craintes exprimées puisque près de 27% des enfants des enfants étaient en surpoids dont 12% considérés comme obèses, à savoir ceux présentant un indice de masse corporelle²⁴ (IMC) supérieur à 30.

Une enquête nationale, à l'initiative du ministère de la santé, réalisée pendant l'année scolaire 2000 – 2001, portant sur 30 000 enfants avait mis en exergue que 14% d'entre eux étaient en surcharge pondérale, dont 10% présentaient un surpoids et 4% étaient obèses. Sans doute faut-il relativiser l'écart entre les résultats locaux et les résultats

²⁴ L'indice de masse corporelle (IMC), est appliqué pour mesurer le surpoids et généralisé depuis la mise en œuvre du PNNS, il est égal au poids divisé par le carré de la taille.

nationaux, mais il n'en demeure pas moins que ceux obtenus localement posaient une véritable question sur la progression de l'obésité dans le département.

Les échanges réguliers entre le service de santé scolaire et le service de protection maternelle et infantile avaient également permis de confirmer les premières impressions d'ensemble quant à l'augmentation des situations de surpoids.

Le service de protection maternelle et infantile

Le service de PMI n'opère pas de manière aussi systématique que celui de la santé scolaire qui examine la totalité des enfants d'une classe d'âge à un moment donné. En dehors des consultations obligatoires, la PMI n'intervient qu'à la demande et de manière plus générale, d'après les médecins rencontrés, plus particulièrement auprès des familles confrontées à des difficultés d'ordre économique et social.

Les médecins du service sont tout à fait conscients des changements intervenus dans les régimes alimentaires des nourrissons, ils informent systématiquement les parents, surtout les mères, des bonnes pratiques à suivre au moment de la diversification de l'alimentation, information reprise par les puéricultrices dans le cadre de leurs visites. Le bilan des deux ans est également une occasion privilégiée pour rappeler des règles simples sous forme de conseils nutritionnels, de l'avis des médecins de la PMI, insuffisamment relayés par leurs confrères généraliste peu sensibilisés à cette question.

De nombreuses raisons sont avancées par le médecin rencontré pour expliquer l'évolution des modes d'alimentation conduisant aux situations de surpoids et d'obésité :

- la surconsommation de plats cuisinés d'origine industrielle, liée à l'augmentation de l'activité féminine (il est observé que la France est le pays européen au plus fort taux d'activité féminine en Europe),
- l'absence longue des mères du foyer conduit souvent à des comportements de compensation psychoaffective traduits par l'achat de produits sucrés (bonbons, sodas...),
- l'insuffisance de consommation de fruits et légumes multiplie les troubles du transit, de plus en plus souvent signalés par les écoles et par les parents eux-mêmes,
- le manque d'activité physique conjugué à un allongement du temps passé devant la télévision...

Des différences sont cependant observées : entre les classes sociales, celles les plus défavorisées étant beaucoup plus touchées par les déséquilibres nutritionnels ; entre le

milieu urbain et le milieu rural, ce dernier semblant moins affecté par l'obésité infantile, mais subissant néanmoins les mêmes excès que le milieu urbain.

Fortement impliqué dans le comité de pilotage dans lequel il est représenté par un médecin et une puéricultrice, le service de PMI va contribuer à partir de fin 2004 début 2005 à l'observation locale de l'obésité infantile de niveau 1 et 2²⁵ par l'intermédiaire d'un suivi longitudinal ainsi que par l'analyse des courbes de poids des enfants reçus en consultation.

Le comité départemental d'éducation à la santé

Le CODES 32, association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901, est de création relativement récente, sa parution au Journal Officiel est du 11 septembre 1999. Installé au chef lieu de département depuis 2003, il s'agissait, (au moment de la rencontre intervenue au mois de juillet 2004), d'une petite structure composée de quatre personnes dont une en contrat à durée indéterminée et trois en contrats à durée déterminée. Ses missions d'accueil et d'information du public sont complétées par d'autres relatives au développement et à l'amplification locale des campagnes initiées par l'INPES. Il peut également apporter un soutien méthodologique à la conception et à la mise en œuvre de projets relevant de l'éducation à la santé, également répondre lui-même aux appels à projets s'y rapportant.

Ses ressources proviennent pour une part de subventions de l'Etat et de l'Europe, pour une autre part des actions qu'il conduit à titre onéreux en proposant directement ses services à des entreprises, organismes ou institutions (France Télécom, Assurance Maladie, mutuelles, écoles...) ou en répondant à des appels à projets.

C'est à ce titre qu'il a été retenu en tant qu'opérateur d'une action visant à "proposer des stratégies adaptées pour lutter contre l'obésité infantile dans le Gers et réduire la prévalence de l'obésité chez l'adolescent²⁶". Dans cette perspective, il a été amené à développer des outils spécifiques comme un "Jeu de l'Oie" de l'alimentation, adaptés à la maturité des enfants concernés.

L'incertitude de la permanence des financements liés à l'acceptation de ses propositions de services l'a placé dans une situation délicate vis de ses salariés auxquels il ne peut proposer l'assurance d'une pérennité de l'emploi. Cette situation n'apparaissait pas alors

²⁵ Niveau 1 : IMC compris entre 30 et 34,9; Niveau 2 : IMC compris entre 35 et 39,9. Pour mémoire le surpoids commence à partir d'un IMC supérieur à 24,9

²⁶ Objectif général de l'action "Prévention de l'obésité infantile dans le Gers"

de nature à stabiliser son ancrage dans un partenariat cependant indispensable pour à son développement et à la poursuite ses missions.

Après plusieurs mois de doutes et d'inquiétude sur son devenir, une remise à plat de la situation en novembre 2004 par le conseil d'administration lui permet désormais de fonctionner en tant que CODES de "plein exercice" avec des objectifs sans doute plus modestes mais à la mesure des moyens qui lui seront attribués. Il peut-être, à nouveau, un des opérateurs essentiels à la mise en œuvre des actions relevant du PRAPS comme les ateliers Santé Précarité, et relevant du PNNS comme la prévention de l'obésité infantile.

L'Association De Prévention du Gers

L'Association De Prévention du Gers (ADPG), affiliée à Fédération Française de Cardiologie, est présidée par un médecin cardiologue du centre hospitalier général. Elle est impliquée depuis plusieurs années dans les campagnes d'information sur les maladies cardiovasculaire, relais actif au niveau local des "Parcours du cœur" et de "La marche du cœur". A ce titre elle est intéressée par le projet relatif à la prévention de l'obésité et a intégré le comité de pilotage. Elle a répondu également à deux appels à projet conjoints, URCAM et DRASS, concernant celui de l'obésité infantile et un 'autre concernant l'éducation sanitaire autour des problèmes d'alimentation dans les collèges.

L'ADPG est une très petite structure composée essentiellement de professionnels de santé : 10 médecins, 1 pharmacien, 5 infirmières, 2 diététiciennes et 2 kinésithérapeutes. Elle ne dispose pas de personnel permanent. En dehors de la manifestation annuelle précitée, reposant uniquement sur le bénévolat, les actions d'information, d'éducation sanitaire et de prévention engagées auprès des élèves des écoles maternelles, primaires ainsi que des collèges sont réalisées par une diététicienne vacataire recrutée pour la durée de l'action.

L'ADPG, avec ses moyens limités, n'a pas pour objectif de jouer un rôle prépondérant dans le concert des actions de prévention mises en œuvre dans le département. Elle souhaite, par l'intermédiaire des membres des professions médicales et paramédicales la composant, apporter sa contribution au développement de la santé publique, et être associée aux différentes initiatives susceptibles de faire progresser la prévention.

La Caisse de Mutualité Sociale Agricole

La Caisse de Mutualité Sociale Agricole joue, dans ce département rural et agricole, un rôle important en matière de santé. De par son organisation totalement intégrée puisqu'elle dispose simultanément des services répartis dans trois organismes pour le

régime général : le service du recouvrement des cotisations, celui du paiement des prestations familiales et celui de la prise en charge des dépenses d'assurance maladie et accidents du travail ainsi que celui des retraites.

Le service médical, comme le service social, agissent en fonction des règles propres à l'ensemble des caisses du régime agricole, mais ils sont également soumis aux décisions du conseil d'administration pour la part des actions de prévention relevant de l'initiative locale. Comme nous l'avons vu pour la CPAM, la C.M.S.A est engagée depuis 2003 dans la mise en œuvre de la convention d'objectifs et de moyens signée par sa Caisse centrale et l'Etat, et à ce titre elle est aussi partie prenante de la mise en œuvre d'actions du PNNS.

L'organisation particulière des caisses du régime agricole présente un réel avantage en matière de prévention, puisque les médecins disposent de l'ensemble des informations relatives aux pathologies, aux prescriptions, aux accidents du travail et à leurs origines. Ils sont donc à même, à partir de l'ensemble de ces informations et de leur analyse, de proposer au conseil d'administration les actions locales les plus pertinentes en matière de prévention. A titre d'exemple des campagnes ciblées ont été menées dans le domaine de la conduite des engins agricoles, cause particulièrement importante d'accidents du travail.

Le service médical de la CMSA ne souhaite cependant pas se limiter à sa sphère de compétences particulière. Si celles-ci demeurent prioritaires, elles ne peuvent être détachées du contexte plus général dans lequel elles s'inscrivent, d'autant moins que les changements de régime d'affiliation sont assez fréquents, notamment pour les salariés du régime agricole représentant près d'un tiers des assurés.

L'évolution de la politique de la Caisse centrale, depuis la signature de la COG et la possibilité de bénéficier de crédits du FNPEIS, a conduit le conseil d'administration local à demander au service médical d'envisager différemment son rôle et de développer davantage d'actions dans le domaine de la prévention. C'est ainsi qu'ont pu être confortées certaines actions d'information, dépassant les stricts domaines du travail et des accidents pouvant en découler, intéressant les retraités comme l'action **'Seniors, soyez acteurs de votre santé'** où il est question du bon usage des médicaments et des règles élémentaire d'une bonne hygiène de vie. Une autre action destinée à permettre aux personnes âgées de plus de 70 ans de pouvoir se relever seules en cas de chute a été conduite en partenariat avec la CPAM en s'appuyant sur le réseau associatif des Aînés Ruraux particulièrement actif dans le département.

Les médecins du service, issus du secteur libéral, reconnaissent n'avoir que des notions de santé publique, de la façon dont elle organisée et des moyens dont elle peut disposer.

Cette discipline ne présentait qu'une partie infime du programme des études de médecine lors de leur formation et ils n'y attachaient pas une importance primordiale. C'est pourquoi le travail en partenariat est désormais ressenti de leur part comme une nécessité non seulement incontournable mais également souhaitable. Ce changement d'attitude, de la caisse d'une part et des médecins d'autre part, a conduit l'un d'eux à participer au comité de pilotage de l'action de prévention de l'obésité infantile en tant que partie prenante du contenu même de l'action.

2.2.3. La mobilisation collective dans le comité de pilotage "Prévention de l'obésité infantile"

Le comité de pilotage de la prévention de l'obésité infantile s'est officiellement réuni en tant que tel pour la première fois en mai 2001. Il a désigné la responsable du service de santé scolaire comme coordonnateur du projet et l'inspectrice principale de la DDASS comme copilote de la première phase consistant à "connaître la prévalence de l'obésité infantile chez les enfants de 5 et 6 ans scolarisés en grande section dans les écoles maternelles du Gers²⁷".

Il est majoritairement composé de médecins : six des neuf membres présents à sa première réunion. On pourrait craindre de voir là le retour de la prééminence du biomédical dans le domaine de la prévention comme cela avait pu être le cas jusque dans les années 80. La différence notable avec la situation antérieure réside dans les origines professionnelles diverses de ces médecins : santé scolaire, PMI, DDASS, C.M.S.A, services de cardiologie et de pédiatrie du centre hospitalier général, médecine libérale générale et spécialisée auxquels sont associés des administratifs de la DDASS, de la CPAM, et de la M.S.A.

Les approches de la question de l'obésité infantile à l'intérieur du comité de pilotage sont pluridisciplinaires, chacun de ses membres reconnaît, plus ou moins explicitement, avoir besoin des compétences spécifiques des autres. Les échanges ne portent pas uniquement sur des questions techniques dont les non médecins seraient exclus, chacun des membres a la possibilité de s'exprimer sur la forme et le contenu des actions à mener, sur la stratégie à retenir et sur les résultats à atteindre. Les médecins présents adoptent, dans la configuration du comité de pilotage, une posture différente de celle que pourrait leur conférer leur technicité. Ils acceptent de participer à une action collective au service d'un but relevant de leurs compétences mais qu'ils ne peuvent ni ne souhaitent

²⁷ Annexe 3 Fiche action de la Prévention de l'obésité infantile dans le Gers

conduire seuls. Les administratifs, quant à eux, apportent également leurs compétences propres et leurs moyens à la réflexion commune et à l'atteinte des objectifs fixés.

La configuration du comité a quelque peu évolué au fur et à mesure de l'avancée du projet, certains des décideurs d'organismes comme la INPES et la CPAM laissant leur place à des techniciens jugés plus aptes à traiter des questions pratiques induites par la mise en œuvre du projet. Le secrétariat du comité, assuré initialement par le service de santé scolaire et la DDASS, en raison notamment de l'origine des financements a été transféré à la CPAM à partir du moment où cette dernière en a pris le relais.

2.3. Un contexte globalement favorable

2.3.1. Des logiques institutionnelles parfois divergentes...

Les institutions ou organismes membres de ce comité de pilotage n'obéissent pas aux mêmes logiques, ne sont pas inscrits dans les mêmes filières de donneurs d'ordres. Les objectifs visés demeurent cependant identiques : réduire le développement de l'obésité infantile et des maladies cardiovasculaires, non pas comme une fin en soi, mais en tant qu'élément d'un processus destiné à améliorer l'état de santé général de la population, en l'occurrence au niveau local.

Pour ce faire, il est nécessaire d'agir sur les différents déterminants en cause, qu'ils soient d'ordre environnemental, économique, éducatif, technique ou bien encore sociologique. C'est de la connaissance spécifique de ces déterminants par les uns ou les autres des membres associés dans le comité de pilotage, ou de l'importance que chacun d'eux leur accorde que peuvent se développer des stratégies particulières. Le terme de stratégie est peut être un peu excessif mais il reflète cependant la mise en application des consignes reçues de la part des donneurs d'ordre représentés au comité de pilotage.

Comme nous l'avons vu précédemment, les organismes de sécurité sociale des deux régimes ont signé des conventions d'objectifs et de gestion avec l'Etat dans lesquelles sont déterminées les priorités nationales à décliner dans chacune des structures régionales et départementales par l'intermédiaire de contrats pluriannuels de gestion. Les URCAM, pour le niveau régional du régime général, restent relativement libres d'adapter leurs moyens aux contextes dans lesquels elles opèrent, mais elles doivent tenir compte des positions prises par les conseils d'administration des caisses primaires sur lesquelles elles s'appuient. C'est notamment pour cette raison que l'on peut évoquer des logiques institutionnelles divergentes, non au niveau des objectifs poursuivis globalement identiques, mais plutôt au niveau des moyens à mettre en œuvre pour les atteindre.

Ces moyens relèvent essentiellement de deux ordres : humain et financier. L'organisation et la répartition des services jouent un rôle prééminent dans les choix qui pourront être faits quant à la détermination des zones cibles des actions : présence ou non d'agents sur le territoire choisi, structures d'accueil supports, connaissance réciproque des partenaires locaux, montant des crédits à consacrer...

L'intérêt des actions à conduire n'est pas remis en cause puisqu'elles ont été validées par le niveau national ou le niveau régional mais les arguments développés pour justifier de la pertinence du site et de la cible choisis ne relèvent pas toujours des raisons publiquement avancées. Par ailleurs, les collectivités locales se sentent parfois quelque peu contraintes de participer à des actions dont elles ne remettent pas en cause l'utilité, mais ne ressortant pas forcément de leurs priorités immédiates. Elles peuvent alors mettre des freins à leur engagement forcé, soit au niveau institutionnel par une lenteur volontaire à se positionner, soit par l'intermédiaire de leurs agents dont elles n'encourageront pas véritablement la participation. C'est à ces différents niveaux que peuvent s'exprimer des divergences qui devront cependant aboutir à des compromis sous peine de voir différer et même échouer les projets.

Intérêts parfois contraires, logiques divergentes, moyens différents, investissements inégaux, n'empêchent cependant pas les partenaires de terrain d'agir, et si ce n'est pas toujours avec le soutien clairement exprimé de leurs institutions respectives, ils bénéficient quand même d'un aval tacite, voire d'une neutralité attentiste. Les fonctionnements en réseaux et le niveau des engagements individuels permettent souvent de dépasser les freins institutionnels, tout du moins dans les phases initiales non formalisées de la réflexion.

2.3.2. ...mais qui savent trouver des complémentarités

Les différences pouvant séparer les partenaires, au delà des problèmes qu'elles créent pour obtenir un consensus propice à la résolution d'un problème, peuvent être des sources de richesse pour le groupe.

Le nombre des médecins présents dans le comité de pilotage aurait pu paraître excessif pour une action ressortant essentiellement de la prévention. Nous avons cependant déjà souligné la diversité de leurs origines professionnelles, même si certains d'entre eux interviennent auprès d'un public d'enfants qui leur est commun. Les approches sont néanmoins différentes, du domicile à l'école en passant par les centres de consultations ou l'hôpital. Les perceptions qu'ont les médecins, et donc les analyses qu'ils tirent des éventuels problèmes rencontrés par ces enfants sont différentes en raison même des contextes dans lesquels ils interviennent.

Tous sont unanimes à reconnaître la réalité du problème du surpoids et de l'obésité, mais les interprétations qu'ils peuvent faire des facteurs en cause, donc des déterminants, ainsi que des remèdes et des solutions à apporter, amènent un débat, une confrontation d'idées ne pouvant être que profitables à l'élaboration de solutions mieux adaptées à la complexité du problème.

Les déterminants de santé, négatifs ou positifs, endogènes ou exogènes, sont multiples. L'approche d'une question de santé comme celle de l'obésité, tant dans ses causes que dans ses conséquences, ne peut s'envisager sous l'angle exclusivement médical. En sus des facteurs génétiques et métaboliques, les conditions environnementales, culturelles ou psychoaffectives jouent un rôle très important et nécessitent d'associer un maximum de compétences indispensables à leur compréhension. Par ailleurs, tout projet a besoin, dans sa phase de réalisation, de supports et d'outils ressortant eux aussi des compétences particulières que peuvent offrir les services administratifs des autres acteurs et partenaires impliqués.

Dans le cas qui nous préoccupe, les données épidémiologiques, lorsqu'elles existent, sont souvent incomplètes ou fragmentaires. Il peut alors s'avérer nécessaire, au-delà de l'utilisation des ressources disponibles, d'en créer de nouvelles pour avoir la vision la plus exacte possible de la problématique. Afin d'éviter une multiplication aussi inutile que coûteuse des sources ainsi que des moyens nécessaires à leur constitution, il paraîtrait souhaitable de procéder à une mutualisation partielle ou totale des outils respectifs de chacun des partenaires. Cette possibilité n'est cependant pas sans risque pour ceux qui l'acceptent, elle peut avoir pour conséquence de faire perdre une partie du pouvoir généralement attaché à la détention de l'information, cette dernière étant utilisée comme outil stratégique d'une politique particulière.

Il ne semble pas que l'éventualité de ce risque ait pesé sur les conditions de mise en oeuvre de l'action de prévention de l'obésité infantile. Au contraire, l'ensemble des ressources disponibles a réellement été mis en commun, tant au niveau des sources d'information qu'au niveau des moyens matériels mobilisés.

2.3.3. De nouveaux acteurs prêts à s'engager

Le département du Gers a la particularité de disposer d'un maillage intéressant de huit hôpitaux locaux²⁸ sur les seize que compte la région Midi-Pyrénées. Ils viennent compléter le dispositif d'offre de soins hospitalière départementale constitué de l'hôpital général d'Auch et du centre hospitalier de Condom.

Répondant principalement à la demande de prise en charge des personnes âgées, notamment à travers les EHPAD qui leur sont adossés et qui constitue une part importante de leur activité, les hôpitaux locaux offrent une couverture territoriale relativement homogène, bien adaptée à la géographie locale. Tous supports de services de soins infirmiers à domicile, voire de portage de repas également à domicile, ils souhaitent élargir l'éventail de leurs activités en ouvrant des prestations à l'ensemble de la population de leur zone d'attraction.

C'est ainsi que la directrice de l'hôpital local de Lectoure, petite ville du nord gersois, souhaite vivement engager l'établissement dans les voies ouvertes par la circulaire du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local, notamment en tant que structure support d'actions de prévention et d'information en santé.

A cet effet, elle a recruté une diététicienne dès 1999, avant même le conventionnement tripartite en tant qu'EHPAD, pour assurer le suivi nutritionnel de ses résidents ainsi que celui des patients de l'hôpital. Le projet d'établissement comporte l'adhésion au réseau DIAMIP²⁹ avec une participation de l'hôpital au suivi des personnes diabétiques en collaboration avec un endocrinologue. L'action consiste, actuellement, à faire participer des patients précédemment hospitalisés pour un problème de diabète, ainsi que d'autres adressés pour le même problème par leur médecin traitant, à une demi-journée par mois d'action éducative au sein de l'hôpital avec un médecin, un podologue, une infirmière, un kinésithérapeute et la diététicienne. Cette action est suivie avec assiduité par 8 à 10 personnes par mois.

Un nouveau projet relatif à la prévention et au traitement de l'obésité est en cours de réflexion. Il devrait s'adresser à l'ensemble des publics, en concertation avec les partenaires et les structures déjà impliquées dans la prévention de l'obésité infantile.

²⁸ Annexe 2 Les hôpitaux locaux du Gers.

²⁹ Créé en 1999, DIAMIP est un réseau de soins regroupant des professionnels de santé médicaux et paramédicaux dont le but est d'améliorer la prise en charge des patients diabétiques dans la région Midi-Pyrénées.

De façon plus générale, la directrice de l'hôpital, soutenue par le conseil d'administration, est déterminée à utiliser l'ensemble des ressources techniques et logistiques disponibles pour élargir l'offre de services à la population, en collaboration avec les médecins libéraux. Elle souligne cependant la difficulté de faire vivre financièrement ces projets, notamment pour le public accueilli dans le cadre du suivi, malgré les crédits spécifiques dont l'hôpital a bénéficié dans l'axe du protocole "*Education de la santé et prévention*" du contrat d'objectifs et de moyens pour 2003, soit 7 200 € pour une diététicienne et 1 750 € pour les frais d'éducation thérapeutique.

3. ANALYSE DU CONTEXTE ET PROPOSITIONS POUR L'AMELIORATION DU DISPOSITIF GERSOIS DE PREVENTION

Cette troisième partie a pour objectif de proposer à la réflexion des partenaires actuellement associés à la prévention par l'éducation nutritionnelle une méthodologie de développement d'une politique départementale coordonnée, intégrée dans le futur PRSP. Il ne s'agit pas de faire des recommandations précises quant à tels ou tels types d'actions à mettre en œuvre se révélant plus pertinents que les précédents, ce n'est pas le rôle d'un IASS, il ne dispose pas des compétences des opérateurs de terrain.

Il apparaissait nécessaire, dans une perspective méthodologique, de vérifier certains points qui auraient pu constituer, non pas de véritables obstacles, mais des freins ou des entraves suffisamment gênants pour nuire au développement d'un projet faisant apparemment l'unanimité.

3.1. Des éléments de contexte à nuancer

Trois hypothèses principales avaient été avancées pour expliquer certains des écueils ou des freins au développement d'une politique de prévention dans le département.

3.1.1. Une culture de prévention en construction

La première hypothèse, relative à l'absence de culture de prévention affichée dans le département est partiellement confirmée. Elle est actuellement, et depuis plusieurs années, en cours de construction dans les comités de pilotage successifs du volet départemental du PRAPS ainsi que dans les réseaux comme DIAMIP. La réflexion s'y organise à partir du partage d'informations permettant de s'accorder sur une analyse commune des problèmes. Les actions en découlant alors constituent le socle d'une communauté d'approche à partir de référentiels élaborés collectivement. Cependant, il s'agit là d'une amorce de culture essentiellement partagée par quelques professionnels, très inégalement diffusée au sein des institutions concernées et inégalement transmise à ceux auxquels les actions sont destinées.

L'importance donnée aux actions de communication est très diverse selon les partenaires. La CPAM, par exemple, dispose d'un véritable service de communication avec un support écrit³⁰ destiné à la fois à informer son public et à mettre ponctuellement en valeur un point particulier de son action. Il est difficile de mesurer l'impact réel de ce type de

³⁰ "Revue de la Sécurité Sociale", périodique trimestriel régional avec éditions locales diffusé à tous les affiliés

communication, mais on peut néanmoins affirmer que la volonté de communiquer est ici concrétisée. Cela suffit-il à établir les bases d'une culture de prévention ? C'est beaucoup moins évident, en tout état de cause pas à court terme sur des questions comme celles de la nutrition aux résonances psychoaffectives très particulières de par les liens qu'elle crée et ceux qu'elle entretient avec l'entourage. La revue de la CPAM ne s'adresse qu'à ses affiliés, 64% de la population départementale au 31 décembre 2003. Les autres régimes d'assurance maladie disposent eux aussi d'outils de communication, mais plus modestes, à la mesure de leurs moyens, par lesquels ils s'efforcent également de promouvoir les comportements favorables à la santé. Chacun reste néanmoins libre de sa ligne éditoriale et des sujets qu'il souhaite mettre en valeur en fonction des stratégies qu'il a déterminées. Il est difficile de dire si ce type de communication est très efficace, mais il entretient un lien régulier entre l'organisme et ses affiliés en s'intégrant dans les problématiques locales.

Quelques grands thèmes définis au niveau national sont repris par ces supports de communication, par exemple les campagnes relatives aux antibiotiques ou de celles relatives aux dépistages de certaines formes de cancer, venant appuyer et relayer les campagnes radio et télédiffusées. L'efficacité de certaines d'entre elles, notamment celle visant les prescriptions d'antibiotiques, a pu être démontrée par une baisse significative et rapide de la consommation médicamenteuse. Pour d'autres il faudra attendre plus longtemps, notamment celles mettant en jeu des actions précoces, pour lesquelles les effets ne seront visibles qu'à moyen ou long terme.

La culture de prévention apparaît donc en cours de constitution, diversement affichée, diversement manifestée, mais en recherche des moyens pouvant lui donner une véritable place dans l'éducation comme l'un des outils de maîtrise de la santé.

3.1.2. Des contours territoriaux en voie de définition

La deuxième hypothèse mettait en doute la pertinence du choix des territoires dans lesquels se développaient les actions de prévention. Il convient, là encore, d'être prudent. Leur choix dépend en effet largement des ressources locales, non pas uniquement en tant qu'offres de services disponibles mais en tant qu'expression concrète de la volonté ou de la capacité des offreurs à travailler ensemble.

Le recul apparaît toutefois insuffisant pour juger de la pertinence territoriale, trop peu d'actions de prévention ayant eu lieu jusqu'à présent. Par ailleurs, le choix d'un territoire ne paraissait pas d'une importance capitale dans le cadre d'une expérimentation sur la prévention de l'obésité infantile par rapport au volume des besoins identifiés. Il conviendra cependant à l'avenir de prendre en compte la dimension territoriale comme l'une des composantes incontournables des cahiers des charges de futurs appels à projets.

Un autre élément avait trait à la connaissance approfondie du département par un recensement le plus exhaustif possible de ses caractéristiques en terme d'indicateurs de besoins et d'offres. Il apparaît que des progrès importants peuvent être réalisés dans ce domaine, tant au niveau de la collecte des informations qu'au niveau de leur stockage et de leur exploitation. Les sources sont multiples, les domaines couverts parfois redondants ou d'autres fois absents. Une tentative de regroupement de données significatives a été effectuée par la DDASS dans le cadre de la mise en œuvre des politiques sociales, notamment au sein de la commission d'action sociale d'urgence (CASU), afin de déterminer des profils territoriaux. Cette initiative devait constituer la base d'un observatoire social départemental, mais les modifications législatives dernièrement intervenues, comme la décentralisation du RMI et la disparition de la CASU, lui ont donné un coup d'arrêt peut-être fatal s'il l'alimentation en données vient à s'interrompre.

La connaissance des caractéristiques territoriales est actuellement le plus souvent individuelle, forgée par l'expérience et la pratique professionnelle sur une zone donnée. Elle peut regrouper des données brutes mais également des éléments tout aussi importants sur le contexte permettant ainsi de faciliter la compréhension des mécanismes à l'œuvre. Ces connaissances disparaissent malheureusement souvent avec ceux qui les détenaient, lors de leur départ. Il conviendrait qu'elles viennent au contraire alimenter et enrichir des bases de données dont l'architecture reste cependant à définir.

3.1.3. Une action d'information sur les modes de vie à renforcer

La troisième hypothèse concernait directement la population pour laquelle la prévention n'apparaîtrait pas comme une priorité. A défaut d'avoir pu constituer un échantillon significatif, les entretiens réalisés avec les principaux acteurs des actions de prévention dans le département viennent globalement confirmer cette hypothèse. Les effets de la prévention, surtout ceux relevant de la prévention primaire, sont difficilement mesurables au niveau individuel. La non apparition d'un trouble ou d'une maladie est rarement analysée comme la résultante d'une conduite préventive traduite en bénéfice pour la santé. Néanmoins, et cette remarque n'est pas propre au département du Gers, des différences importantes existent en fonction des classes sociales. Celles considérées comme les plus favorisées, au regard de la catégorie socioprofessionnelle, sont beaucoup plus sensibilisées aux questions de prévention que les autres, elles ont également un recours aux soins plus précoce et mieux ciblé.

Les études conduites dans le cadre de la préparation du PRAPS avaient mis en évidence l'aggravation des conséquences médicales mais aussi économiques et sociales de maladies graves chroniques et invalidantes chez les personnes dont le statut socio-

économique est fragile, de même qu'elles avaient confirmé une surreprésentation de pathologies dans les milieux les plus défavorisés. Les analyses découlant des constats précédents ont conduit certains acteurs locaux à mettre en place des actions adaptées à ces problématiques dans le cadre d'ateliers spécifiques consacrés à l'alimentation et à la nutrition. C'est ainsi qu'une épicerie sociale, fortement soutenue par le CCAS d'Auch a vu le jour en 2002. Elle a pour objectif d'apporter à des familles, repérées par les services sociaux comme susceptibles d'en tirer profit, une aide financière sous forme de crédits d'achats de produits alimentaires variés dans une perspective d'action éducative et de réalisation de menus équilibrés. Cette expérience, aujourd'hui confirmée et pérennisée, reste unique dans le département en raison des coûts d'investissements et de fonctionnement qu'elle entraîne. D'autres expériences comme les ateliers culinaires, portés par des centres sociaux et des associations, voient le jour à destination des mêmes publics, mais avec des moyens beaucoup plus modestes que ceux de l'épicerie sociale. L'ensemble de ces actions ne touche cependant qu'une très petite partie des personnes directement concernées.

La prévention secondaire a, elle aussi, des difficultés à trouver audience auprès des personnes qui pourraient en tirer de réels bénéfices en terme de confort de vie. Ainsi, le médecin coordonnateur du PRAPS à la DDASS exerçant également comme praticien libéral en milieu rural, rapporte que ses patients préfèrent majoritairement prendre un traitement médicamenteux plutôt que de modifier leurs comportements alimentaires. Cet exemple n'est pas isolé, il est confirmé par les médecins de la PMI, ils disent avoir des difficultés à faire admettre et appliquer des règles diététiques simples aux mères des jeunes enfants qu'elles voient dans les consultations de nourrissons.

Ces professionnels, médecins de PMI, de santé scolaire ou d'autres organismes, au contact régulier de la population, constatent également que la mobilisation sur la question de la prévention par leurs collègues exerçant en libéral est très inégale, voire parfois inexistante. L'éducation thérapeutique ne fait pas encore partie intégrante de la panoplie de ces médecins de proximité, alors qu'ils pourraient pourtant jouer un rôle essentiel dans ce domaine. Certains d'entre eux souhaitent développer cet aspect de la prise en charge des patients, mais ils expriment des difficultés à le concrétiser. Ils situent davantage leur action dans le cadre d'une réponse ponctuelle à une situation donnée que dans celui d'une intervention plus globale et à long terme telle qu'on pourrait l'envisager dans la perspective de plus en plus souvent avancée du médecin référent.

Les entretiens font ressortir la nécessité de commencer le plus tôt possible les actions de prévention, totalement intégrées à l'éducation dès l'école maternelle, partant d'un vieux principe pédagogique affirmant que "*C'est de la répétition que naît l'apprentissage*". Ils

soulignent également la nécessité de les renouveler régulièrement au cours de la scolarité, les thèmes évoluant avec la maturité des enfants ainsi qu'avec les questions et les problèmes auxquels ils sont confrontés comme le tabac, les drogues, la violence, la sexualité, que ce soit de façon isolée ou simultanée.

3.2. Affiner et négocier les conditions d'un bon exercice du partenariat

Dire que le partenariat ne se décrète pas mais qu'il se construit est sans doute un truisme, mais il n'en demeure pas moins que les conditions de sa construction ne s'improvisent pas, qu'elles doivent se référer à des règles admises par l'ensemble de ceux qui le constituent et qui s'engagent à les respecter.

Nous avons vu, dans la première partie, qu'il existe des expériences antérieures d'actions partenariales portant sur différents dispositifs : lutte contre les exclusions, logement des personnes défavorisées, programmes de santé...La mise en œuvre de ces partenariats a souvent résulté d'obligations nées de législations définissant à la fois le contenu, le périmètre, souvent le niveau financier pour les partenaires institutionnels les plus importants. Il n'est pas inutile de considérer que cette forme d'association contrainte a laissé des traces encore très présentes chez la majorité d'entre eux.

Les actions futures à conduire dans le cadre d'actions de prévention ayant comme support l'éducation nutritionnelle vont nécessairement s'inspirer des réalisations antérieures. Le partenariat existe déjà, la plupart des partenaires sont engagés à travers leurs représentants, on pourrait donc s'interroger sur les raisons nécessitant que l'on revienne sur les conditions d'élaboration et de réalisation de ces actions.

Il ne s'agit nullement de remettre en cause le passé, mais plutôt d'en tirer des enseignements afin d'optimiser un dispositif ayant désormais dépassé le stade de l'expérimentation puisqu'il vient d'être reconduit pour la troisième année pour la prévention de l'obésité infantile. Il n'en demeure pas moins perfectible sur un certain nombre de points, et sans aucun doute transférable à d'autres catégories de la population gersoise.

Dans le même temps, si l'on souhaite donner à cette action jugée particulièrement importante en termes de conséquences à plus ou moins longue échéance sur l'amélioration de l'état de santé, il convient de lui donner les moyens de se développer et de se pérenniser.

3.2.1. Sur les conditions du partenariat

Les entretiens avec les acteurs de l'action de prévention de l'obésité infantile font globalement ressortir le constat d'un manque de pilote ou de chef de projet clairement

identifié, pas nécessairement en tant que responsable de toute l'action, mais plutôt en tant que fédérateur des énergies et moteur de l'action. Plus précisément, la majorité des personnes rencontrées pense qu'il est nécessaire qu'une coordination régulière puisse être assurée par un responsable clairement identifié disposant des moyens nécessaires à l'exercice de sa fonction, surtout en terme de temps.

La plupart des médecins, membres actifs du comité de pilotage, estiment qu'il n'est pas de leur rôle d'assumer cette tâche. Ils se situent en tant que techniciens apportant leurs compétences médicales spécifiques au service des actions du dispositif. Ils souhaitent bien entendu être associés à la définition et à la mise en œuvre de ces actions tout en estimant qu'ils ne disposent pas des compétences requises pour le faire fonctionner. Globalement, leur choix d'un référent se porte sur la DDASS à laquelle ils reconnaissent, en plus de ses connaissances et de ses compétences administratives, une légitimité naturelle confortée par sa pratique de la mise en œuvre et du suivi de dispositifs locaux. La même remarque a été formulée par la directrice de l'hôpital local de Lectoure, elle estime, elle aussi, qu'il revient à la DDASS, de manière générique, de susciter la création puis la coordination des actions visant à l'amélioration de l'état de santé par la prévention tout en leur garantissant l'attribution des moyens correspondants.

La reconnaissance des compétences et d'une certaine légitimité ne suffit cependant pas à créer les conditions d'un partenariat efficace et surtout durable. Les entretiens ont révélé un fort niveau d'engagement des acteurs participants qu'on ne retrouve pas forcément à un niveau identique chez leurs collègues de services ou dans les institutions ou les organismes dont ils sont les représentants. En d'autres termes, il est nécessaire de prendre en compte qu'une action vit et se développe à partir des degrés d'engagement ou de motivation personnels de ceux qui l'animent, conditionnant par conséquent son existence. Il convient alors de prendre des dispositions permettant qu'une absence, temporaire ou définitive, d'un ou plusieurs des acteurs ne vienne mettre en péril la pérennité du dispositif élaboré. A titre d'exemple, il n'y a pas unanimité chez les puéricultrices du service de PMI sur l'importance d'une action globale de prévention de l'obésité infantile. Les raisons avancées par celles qui n'y adhèrent pas peuvent paraître parfaitement légitimes, mais cette attitude met en exergue la fragilité d'un dispositif construit sur les seules bonnes volontés individuelles.

3.2.2. Des engagements à formaliser...

Il ne semble pas que les actions conduites jusqu'à présent dans le département aient fait l'objet de formalisations particulières quant aux règles d'association des partenaires ou de fonctionnement des instances mises en place. Le compte rendu du premier comité de

pilotage de mai 2001 fait mention de la liste de ses membres sans que soient précisés les critères ayant présidé à leur choix ou à leur désignation. Sans prétendre à un formalisme excessif, il paraît cependant utile de définir les niveaux des engagements institutionnels à partir d'une charte ou d'une convention. Il s'agit de proposer à chacun des partenaires sollicités d'adhérer librement à des principes à déterminer en commun sur des objectifs partagés par tous.

Les engagements humains, financiers et matériels, même s'ils ne peuvent être clairement déterminés, doivent néanmoins faire l'objet de mentions écrites manifestant la volonté des signataires d'être des éléments actifs du dispositif. Chacun des partenaires dispose de ressources propres en matière de données pouvant être partagées. Les conditions de mises en commun de ces dernières ainsi que la possibilité d'élaborer de nouveaux indicateurs à partir des sources relevant des domaines de compétences spécifiques doivent pouvoir faire l'objet d'une contribution formalisable.

Il n'est pas question de vouloir contractualiser à l'extrême au risque de provoquer un effet contraire à celui recherché en paralysant l'action par trop de formalisme. Cependant, la formalisation des objectifs et des moyens par la signature de l'autorité, politique ou administrative, lui confère une reconnaissance officielle indéniable.

Les objectifs et les moyens définis dans une charte ou dans une convention permettent de disposer de points de repères en cas de remplacements de personnes physiques dans les différentes instances concernées, les connaissances et les matériaux acquis restent ainsi la propriété de l'institution et non du seul individu. L'expérience montre qu'il est souvent important de se référer aux documents fondateurs pour éviter de perdre le sens initial du dispositif mis en œuvre. Enfin, la convention détermine généralement les conditions d'évaluation de l'atteinte des objectifs fixés à des échéances préalablement déterminées.

Il s'agit, en l'occurrence, de définir les objectifs de l'évaluation portant à la fois sur les résultats obtenus en termes de réduction de la prévalence des pathologies, mais également sur les conditions de mises en œuvre et de réalisation des actions conduites, sur le partenariat constitué, sur les moyens alloués et sur ceux réellement mis en œuvre.

Afin d'éviter de perdre un temps toujours jugé précieux par tous, il paraît nécessaire que le pilote prépare un projet de convention au contenu suffisamment précis quant aux objectifs, et très ouvert concernant les engagements respectifs des signataires potentiels. L'expérience d'actions antérieures montre, là encore, que la grande majorité des partenaires souhaite que, dans ce domaine, des initiatives soient prises pour être directement soumises à leur institution, en interne. Il est en effet souvent difficile de

négocier en collectif pour des acteurs qui ne disposent pas toujours d'un mandat suffisamment large ou explicite. Cette procédure a en sa défaveur l'inconvénient d'être longue, elle nécessite souvent des allers et retours successifs entre les institutions, mais présente la garantie d'un examen ou d'une prise de connaissance des documents par les différents niveaux d'autorité ou de pouvoir leur apportant ou non leur caution.

3.2.3. ...soumis à la validation départementale

Il serait également souhaitable, qu'à l'instar de la méthodologie utilisée pour les programmes régionaux de santé, les orientations de la politique départementale de santé puissent être soumises à une instance destinée à en valider les grands principes dans le respect des orientations nationales et régionales.

C'est déjà le cas pour le volet départemental du PRAPS, élaboré à partir d'un diagnostic local partagé, il réunit un ensemble de partenaires autour de thèmes reconnus comme faisant l'objet des priorités définies en région, déclinés et adaptés au contexte local.

Il est important d'insister sur cette idée, pas réellement novatrice, mais dont le mérite est d'engager officiellement les partenaires et les acteurs en apportant à ces derniers la caution légitimée de leur participation à des actions inscrites dans un dispositif départemental reconnu. Certes, la multiplication d'instances variées et parfois redondantes dans les domaines de l'action sanitaire et sociale peut nuire à la lisibilité et à la compréhension des politiques départementales. On y retrouve souvent les mêmes institutions et donc les mêmes personnes, il n'en demeure pas moins qu'une certaine forme de solennité médiatisée contribue à l'affirmation du principe démocratique de transparence des décisions. Le PRSP pourrait y participer.

3.3. Optimiser les ressources locales pour démultiplier les actions de prévention

3.3.1. Partager le diagnostic local

Les règles inhérentes à la conduite de projet établissent l'impérieuse nécessité de procéder à une étude préparatoire, un diagnostic de situation dit "partagé". La notion de partage recouvre ici à la fois la répartition des tâches préalables à effectuer et l'adhésion à une analyse commune de l'appréciation de la situation, elle est essentielle dans la mesure où elle permet à chacun d'apporter au groupe de réflexion ses compétences, ses connaissances propres sur le thème étudié.

Cette approche de diagnostic partagé et transversal est utilisée depuis plusieurs années dans le département pour l'élaboration de différents programmes et plans, notamment depuis 1999³¹ pour la préparation des plans locaux pluriannuels pour l'insertion et l'emploi, associant l'ensemble des acteurs intervenant, avec l'Etat et le Service Public de l'Emploi, en matière d'insertion sociale et professionnelle : collectivités locales, entreprises et organismes socioprofessionnels, structures d'insertion par l'activité économique, associations..., agissant tous à différents échelons du territoire.

La connaissance réciproque des domaines d'intervention de chacun des partenaires et des acteurs impliqués dans une action apparaît comme un préalable à tout travail en commun afin d'éviter les ambiguïtés et les incompréhensions attachées aux présomptions de compétences.

C'est pourquoi, au-delà d'une habituelle présentation succincte, lors de la première réunion de tout comité de pilotage des rôles et fonctions de chacun ainsi que des missions exercées, il serait utile d'établir un recensement précis des champs des compétences respectifs mais également des limites qui les bornent. Ces précautions doivent permettre d'éviter le renouvellement trop fréquent d'un constat, plusieurs fois exprimé par les acteurs rencontrés, selon lequel les compétences sont abusivement présumées et génèrent donc des incompréhensions, des malentendus, voire des rancœurs.

Une bonne connaissance réciproque apparaît comme un gage d'efficacité dans l'élaboration du diagnostic, elle permet de déterminer l'ensemble des champs couverts d'une part, d'apprécier les ressources complémentaires à mobiliser pour ceux qui ne le seraient pas d'autre part, donc de définir très précisément la constitution du périmètre de l'étude.

Au niveau des recommandations plus pratiques il convient de faire mention d'un écueil à éviter, souvent signalé par les partenaires venus de la société civile, les représentants des organisations professionnelles ou les élus locaux par exemple, résidant dans ce qui pourrait apparaître comme une banalité ou une évidence, mais insuffisamment pris en compte : les horaires des réunions. La volonté d'associer un maximum de partenaires, ou ceux apparaissant comme indispensables à la qualité du diagnostic, doit se traduire par des efforts réciproques d'adaptation aux emplois du temps de chacun. Les témoignages relatifs à la préparation du volet départemental du PRAPS font ressortir l'intérêt, pour la vitalité du dispositif, d'un effort des agents des administrations ou des organismes

³¹ Circulaire DGEFP 99/40 du 21 décembre 1999 relative à la mise en place des PLIE

administratifs d'accepter le principe de quelques réunions en soirées, heures à laquelle les socioprofessionnels et les usagers sont plus disponibles et peuvent donc être associés, dès l'amont, à des projets les concernant.

3.3.2. Rechercher la pertinence territoriale

La notion de territoire et de ses différentes acceptions est, elle aussi, fondamentale pour permettre à l'action de bénéficier d'un contexte dans lequel les chances de réussite auront été optimisées.

La circulaire interministérielle du 16 avril 2003³², en référence aux lois des 25 juin et 12 juillet 1999³³, reprend une partie de l'argumentation développée dans la circulaire relative aux PLIE précitée pour proposer, à titre expérimental le *"développement de réseaux d'acteurs professionnels et associatifs susceptibles de conjuguer et de décloisonner les outils et les moyens de chaque secteur"*. Au diagnostic local partagé vient s'ajouter le périmètre à circonscrire en s'appuyant sur *"Les nouvelles formes d'organisation (...) des territoires, dits "de projets" (pays, agglomérations, communauté de communes, d'agglomération, ou urbaine) en liaison avec les collectivités territoriales (communes, départements, régions). Elles constituent une opportunité pour développer des projets locaux répondant aux besoins perçus par les professionnels, les associations et les usagers"*.

Les distinctions introduites par la loi peuvent apparaître limitatives dans un département rural ayant déjà expérimenté plusieurs formes de territorialisation dans la mise en œuvre de politiques sociales et d'emploi : revenu minimum d'insertion, logement des personnes défavorisée, lutte contre le chômage de longue durée...

A chacune de ces politiques correspondent des territoires spécialement dédiés, préconçus ou à concevoir : commissions locales d'insertion, commissions territoriales logement, zones des agences locales pour l'emploi, bassins d'emploi...dont les fonctions et les organisations sont définies par la loi et le règlement. Les actions de santé relevant de la prévention, ne ressortent pas de dispositifs aussi réglementairement structurés, elles ne créent ou ne suppriment pas de droits susceptibles de recours. Elles s'inscrivent dans un cadre auquel elles doivent faire référence, mais elles demeurent très libres de s'organiser en fonction des facteurs locaux et des moyens disponibles.

³² Circulaire interministérielle relative à l'expérimentation de démarches locales partagées de santé et d'action sociale et médico-sociale dans le cadre des projets territoriaux de développement.

³³ Loi d'orientation et d'aménagement du territoire du 25 juin 1999 (décret 2000-909 du 19 septembre 2000), loi du 12 juillet 1999 portant simplification de la loi sur la coopération intercommunale.

Deux éléments sont déterminants dans la définition des territoires : la disponibilité d'indicateurs suffisamment précis permettant de juger de la pertinence d'une action à y développer d'une part, la capacité à faire correspondre une offre capable d'avoir un effet sur ces indicateurs d'autre part.

La première action de prévention de l'obésité infantile s'est appuyée sur des données collectées à partir d'un échantillon des enfants inscrits dans les grandes sections de maternelles du département. L'analyse des résultats a confirmé la nécessité de mettre rapidement en œuvre une action d'information et de sensibilisation à leur intention. Le manque d'exhaustivité des données ne permettait cependant pas de connaître avec précision les secteurs les plus concernés, ceux qui auraient peut-être dû bénéficier prioritairement d'une prise en considération. Les résultats se sont toutefois révélés suffisamment significatifs en terme d'impact sur les enfants ayant participé aux actions proposées pour qu'elles justifient d'être renouvelées auprès d'autres écoles dans des conditions à redéfinir, notamment au niveau des nouveaux partenaires à intégrer.

Il s'agit en effet de prendre en compte la réceptivité des équipes pédagogiques des écoles concernées auxquelles devaient être soumis et commentés les résultats des mesures effectuées lors des bilans de santé. Leur volonté d'inscrire une action dans le projet d'école pourrait en être affirmée. Elles constituent les premiers maîtres d'œuvres d'actions nécessairement collectives au sein de leurs établissements. Les médecins de la santé scolaire et ceux de la PMI confirment la nécessité de rechercher l'adhésion des familles en tant que parties prenantes du projet. Les personnels chargés de la restauration, ainsi que les municipalités dont ils dépendent, ne peuvent être exclus de la réflexion ni des solutions à envisager. Ce n'est qu'à ces différentes conditions cumulatives que l'action a des chances de se mettre en œuvre et détermine donc son périmètre.

La notion de territoire apparaît alors très consubstantielle de l'action elle-même tant son périmètre peut se réduire à celui des actions conduites dans les écoles concernées. Dans ce cas, le territoire se révèle moins déterminant que les acteurs susceptibles d'intervenir, leur présence ou leur absence, en délimitent des contours fluctuants, plus ou moins riches de contenu. En d'autres termes, le territoire compris en tant que limite administrative s'efface au profit d'une acception plus tournée sur le projet et le réseau d'acteurs.

C'est pourquoi, parallèlement au recensement des enfants en situation de surpoids, dont le nombre pourrait justifier de la proposition d'actions, il convient de s'interroger sur les déterminants à identifier et compris au plus près du terrain, par une analyse diagnostique des modes de vies, des traditions, de la culture. L'environnement proche et les conditions de vie réelles doivent faire partie intégrante de l'analyse afin que les solutions proposées

soient en adéquation avec l'origine des problèmes identifiés et le contexte dans lequel ils s'inscrivent.

On voit alors se dessiner plusieurs territoires, celui du diagnostic, avec la prise en compte des environnements respectifs des enfants, celui des acteurs et de leurs zones d'intervention, tant en termes géographiques qu'en terme de compétences, enfin celui de l'action elle-même qui doit fédérer les précédents. Ces distinctions devraient faciliter la répartition des tâches dans la phase du diagnostic territorial.

3.3.3. Démultiplier et généraliser les actions de prévention...

L'économie du département du Gers repose essentiellement sur l'agriculture et sur quelques industries agroalimentaires de transformation dont la quasi-totalité des productions est écoulee sur le marché national ou international. Il s'agit d'un territoire disposant à la fois de ressources importantes en matière de produits alimentaires de qualité et de traditions culinaires variées et réputées.

Des efforts ont été consentis par les municipalités, soit à leur propre initiative, soit à l'occasion de manifestations nationales comme "La semaine du goût" pour proposer aux enfants des cantines une diversification des choix alimentaires. Le Conseil Général, dans le cadre de sa politique de soutien à une agriculture de qualité, s'est fortement impliqué dans la campagne de promotion des produits locaux d'origine biologique. Chacune de ces manifestations a donné lieu à une action pédagogique spécifique dans un nombre important d'écoles et de collèges. Il s'agit cependant d'opérations très ponctuelles, renouvelées deux ou trois fois dans l'année, n'apparaissant que très rarement rattachées à une démarche à plus à long terme dans une perspective d'éducation nutritionnelle. Ces manifestations pourraient opportunément être utilisées comme un véritable fil conducteur d'une action pérenne en lien avec les collectivités territoriales, régulièrement répétées au cours de la scolarité.

...en s'appuyant sur les écoles...

Les enseignants disposent d'appuis méthodologiques constitués notamment de deux textes parus aux bulletins officiels du ministère de l'Education Nationale,³⁴ relatifs à la restauration scolaire pour l'un et à la santé des élèves pour l'autre.

³⁴ Bulletin officiel spécial N° 9 du 28 juin 2001– Bulletin officiel N° 18 du 2 mai 2002

Ces deux textes, avec des tonalités très différentes, rappellent de nombreuses règles de bon sens, réaffirment la nécessité d'une alimentation équilibrée et variée. La première circulaire consacre un chapitre particulier à l'éducation nutritionnelle, un autre à l'éducation au goût. Elle décrit de manière explicite le rôle que l'école peut assurer en agissant sur les mécanismes de la formation élémentaire du goût, en multipliant les occasions de découverte. Elle peut également assurer une éducation nutritionnelle en expliquant les raisons de la diversité alimentaire et les inconvénients des stéréotypes. Il est cependant rappelé que les enfants ne prennent qu'un nombre limité de repas, que l'école ne peut donc à elle seule garantir leur l'équilibre alimentaire.

Trois idées forces se dégagent de ces textes qui mériteraient une relecture conjointe par l'ensemble des partenaires de l'action de prévention de l'obésité infantile : l'association des familles, la mobilisation de l'ensemble de la communauté éducative, l'appui d'un partenariat diversifié au premier rang duquel se trouve celui à nouer ou à conforter avec le ministère de la santé, donc les DDASS, et les réseaux de soins. Ce partenariat doit jouer dans les deux sens, à savoir :

- associer des compétences particulières extérieures à l'Education Nationale aux actions développées dans les écoles,
- rendre effective la participation de l'Education Nationale par une double représentation de l'Académie, à la fois par les conseillers techniques du champ de la santé et les responsables de la vie scolaire, aux différentes instances en charge des questions de santé à travers les PRS, les PRAPS et les SREPS, et les volets départementaux des futurs PRSP.

Il est à noter que l'Inspection Académique du Gers n'est pas directement représentée au sein du comité de pilotage et qu'il pourrait être intéressant qu'elle le fût pour transmettre les réactions et les observations des enseignants sur les conditions de déroulement des actions, leurs répercussions éventuelles et les améliorations souhaitables.

...et sur les hôpitaux locaux

Nous avons vu que le territoire gersois disposait d'un bon maillage sanitaire offert par les deux centres hospitaliers et le réseau des huit hôpitaux locaux. Ces derniers, en référence à la circulaire du 28 mai 2003 précitée, sont susceptibles d'apporter une contribution utile à l'élaboration et à la mise en œuvre d'actions de prévention par mise à disposition de moyens humains, techniques et matériels, soit comme le propose la directrice de l'hôpital de Lectoure, soit comme l'a déjà fait celle de l'hôpital de Gimont par sa participation à l'action de suivi diététique pour la prévention des risques cardiovasculaires. Il est important de noter que cette action associe les 13 médecins

libéraux intervenant auprès des patients de l'hôpital local et des résidents de l'EHPAD qui lui est adossé.

L'engagement de chacun des directeurs des autres hôpitaux n'est pas encore acquis, bien que 6 des 8 contrats d'objectifs et de moyens signés avec l'ARH en 2003 prévoient le développement d'actions d'éducation thérapeutique. L'évaluation de l'action menée à l'hôpital de Gimont, si elle apparaît positive, sera largement diffusée dans le réseau des acteurs de la santé. Elle pourrait constituer le socle de la mise en œuvre d'une politique départementale de prévention des risques cardiovasculaires, non plus seulement de ceux associés à l'obésité, mais également de ceux pour lesquels une action d'éducation nutritionnelle pourrait apparaître comme particulièrement déterminante. Chaque hôpital local, par l'intermédiaire des médecins qui y interviennent, pourrait alors constituer le pôle d'attraction d'un territoire pertinent au regard des objectifs poursuivis par rapport à une population donnée.

On retrouve dans cette proposition une possible concrétisation de l'une des recommandations formulées dans le rapport du groupe de travail du CREDES³⁵ dans lequel les auteurs proposent de renoncer à "*un territoire opérationnel «universel»*" pour s'orienter vers un territoire dont "*le contenant est indissociable de son contenu de services*".

³⁵ CREDES, rapport du groupe de travail "Territoires et accès aux soins", janvier 2003, p 9

CONCLUSION

L'analyse de la situation gersoise permet de dégager certains des problèmes spécifiques auxquels ce département est confronté. Elle témoigne de ses réels besoins, partiellement diagnostiqués, abordés sous l'angle de l'éducation nutritionnelle comme composante de la prévention. Les problèmes de santé liés aux déséquilibres nutritionnels entraînent des besoins de soins croissants qui pourraient être significativement minimisés par une politique de prévention efficace et durable.

Les débuts de réponses à la question de santé publique posée par ces déséquilibres sont en cours d'élaboration et d'expérimentation. La démarche est cependant assise sur des bases devant être renforcées dans une perspective de généralisation et de pérennisation d'une politique départementale concertée.

Des éléments du contexte actuel peuvent être considérés comme des freins à son développement : la relative méconnaissance des indicateurs locaux de santé significatifs, une connaissance imparfaite des ressources disponibles sur le territoire, des articulations entre acteurs et opérateurs insuffisamment développées et optimisées.

Il reste également à accroître, en matière d'observation, les outils au service d'une analyse plus transversale des conditions de santé à l'échelle locale, de l'efficacité et de la qualité de l'offre des dispositifs territoriaux, dans une optique de réduction des inégalités structurelles d'accès aux services.

En revanche, d'autres éléments de ce même contexte constituent de véritables atouts aptes à favoriser son extension : le potentiel en termes de partenaires, d'acteurs et d'opérateurs ne demande qu'à s'exprimer davantage ; les volontés collectives et individuelles ne font pas défaut, les motivations sont clairement manifestées.

Une place importante est désormais à prendre afin que la prévention ne puisse plus seulement se concevoir mais se décliner comme un des éléments indissociables du tout qu'est la santé.

Bibliographie

I. TEXTES LEGAUX ET REGLEMENTAIRES

Décision 1786/2002/CE du Parlement européen et du Conseil, du 23 septembre 2002, adoptant un programme d'action communautaire dans le domaine de la santé publique (2003-2008), *Journal officiel de l'Union Européenne* L271 du 09 octobre 2002.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 1998. - Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions. *Journal officiel de la République Française* du 31 juillet 1998.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2001 - Loi organique n° 2001-692 du 1er août 2001 relative aux lois de finances. *Journal officiel de la République Française* du 2 août 2001.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2002. - Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. *Journal officiel de la République Française* du 5 mars 2002.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2004. - Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. *Journal officiel de la République Française* du 11 août 2004.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2004. - Loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales. *Journal officiel de la République Française* du 17 août 2004.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2004, - Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. *Journal officiel de la République Française* du 17 août 2004.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2001 - Arrêté du 31 mai 2001 portant création d'un comité stratégique du programme national nutrition santé. *Journal officiel de la République Française* du 15 juin 2001.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2001 - Circulaire du Ministère de l'Education Nationale n° 2001-118 du 25-6-2001 : Composition des repas servis en restauration scolaire et sécurité des aliments, *Bulletin Officiel du ministère de l'Education Nationale et du ministère de la Recherche*, spécial n° 9 du 28 juin 2001.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2002. - Circulaire DGS/(SD5A) n° 2002/13 du 9 janvier 2002 relative à la mise en œuvre du programme national nutrition et santé. *Bulletin officiel du ministère de l'Emploi et de la Solidarité*, n° 2002-5.

REPUBLIQUE FRANCAISE Circulaire DHOS/E1/2002/186 du 29 mars 2002 relative à l'alimentation et à la nutrition dans les établissements de santé. *Bulletin officiel du ministère de l'Emploi et de la Solidarité*, n° 2002-16.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2002. - Circulaire 2002-098 du 25 avril 2002 relative à la politique de santé en faveur des élèves. *Bulletin Officiel du ministère de l'Education Nationale et du ministère de la Recherche*, n° 18 du 2 mai 2002.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2003. - Circulaire interministérielle n° DHOS/DGS/DGAS/DATAR /2003/387 du 16 avril 2003 relative à l'expérimentation de démarches locales partagées de santé et d'action sociale et médico-sociale dans le cadre des projets territoriaux de développement. *Bulletin officiel du ministère du Travail des Affaires Sociales et de la Solidarité*, n° 2003-37.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2003. - Circulaire DHOS/DGAS/03/AVIE n° 2003/257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local. *Bulletin officiel du ministère du Travail des Affaires Sociales et de la Solidarité*, n° 2003-26.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2004. - Circulaire du 16 novembre 2004 relative à la réforme de l'administration territoriale de l'Etat. Premier ministre. *Journal officiel de la République Française* du 24 novembre 2004.

II. OUVRAGES

COMOY A, *Obésité de l'enfant : pour une prévention partenariale à l'école*, mémoire de médecin de l'Education Nationale, ENSP, Rennes, 2002, 69 pages.

GUIGNON N, *La santé des enfants de 6 ans à travers les bilans de santé scolaire*, Paris, DREES, Etudes et résultats, n°155, janvier 2002.

LUCAS-GABRIELLI V, TONELLIER F, VIGNERON E, *Une typologie des paysages socio-sanitaires en France*, CREDES, Série analyses, avril 1998, 95 pages.

LUCAS-GABRIELLI V, TONELLIER F, URCAM Aquitaine, URCAM Franche-Comté, URCAM Languedoc-Roussillon, CINPES, Santé et milieu rural - une démarche exploratoire menée par trois URCAM, CREDES, n° 1394 bis, septembre 2002, 90 pages.

POMMEREAU X, Santé des jeunes : orientations et actions à promouvoir en 2002, la documentation française, Paris, 2002, 33 pages.

TONELLIER F, VIGNERON E, Géographie de la santé en France, Paris, PUF, Que sais-je ? février 1999, n° 3435, 127 pages.

TOUSSAINT J-M, Ouvertures de nouvelles structures de soins, la modélisation géographique comme solution, in Gestion Hospitalière, n° 407, 2001, pp. 408-410.

III. PÉRIODIQUES

Association des Praticiens pour l'Information en Nutrition, Maladies et nutrition : un enjeu majeur de santé publique, Le concours médical, numéro spécial, 15 déc. 2001, 16 pages

Revue d'épidémiologie et de santé publique, CHAULIAC M, Habitudes alimentaires, activité physique et surpoids chez les adolescents : commentaire : du constat au programme de santé publique. N°6, déc. 2002, pages 543-546.

Gestions hospitalières, Un territoire pour la santé, juin/juillet 2002, n° 417.

Echanges santé-social, Alimentation et nutrition : une question de santé, n°102, juin 2001, 72 pages

HASSENTEUFEL (P.) Politiques sociales et territoires. In Politiques et management public, article, Institut de Management Public, Paris, 1998/09.

IV. RAPPORTS

Agence française de sécurité sanitaire, CZERNICHOW S (auteur), MARTIN A (coauteur), Nutrition et restauration scolaire, de la maternelle au lycée : état des lieux, Paris, 2000, 33 pages.

CNEH, Santé et territoires, in Technologie et santé, décembre 2001, n° 45, 100 pages.

CRAP-IEP de Rennes, *Le partenariat comme mode de lutte contre l'exclusion sociale. Rapport final: Le cas de la France* : LONCLE-MORICEAU P . (en coll. avec LE GALES P),. Rapport pour la Fondation Européenne pour l'Amélioration des Conditions de Vie et de Travail de Dublin, Rennes, mai 1996, 98 p.

DREES, *Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2002*, Paris : La Documentation Française, Collection Etudes et Statistiques, 2003, 215 pages.

Euro Diet, *Nutrition & Diet for healthy lifestyles in Europe, Science and policy implications*, Bruxelles, 2003, 29 pages.

FNORS, *Inégalités cantonales en matière de santé*, Paris, Coll. " Les études du réseau des ORS ", Paris, juillet 2001, 69 pages.

Groupe technique national de définition des objectifs , ABENHEIM Lucien (Editeur scientifique) ; Le Gales Catherine (Compilateur), *Elaboration de la loi d'orientation de santé publique* , rapport. Vol. 3, Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, Paris, 2003.

Haut Comité de Santé Publique , *La santé en France en 2002*, Paris : La Documentation Française, 2002, 410 pages.

Haut Comité de Santé Publique , *Pour une politique nutritionnelle de santé publique en France : enjeux et propositions, synthèse*, Ministère de l'emploi et de la solidarité, Paris : 2000, 16 pages.

Inspection Générale des Affaires Sociales, *Rapport annuel 2002 - Politiques Sociales de l'État et territoires*, Paris, La documentation française, 2002, 309 pages.

Inspection Générale des Affaires Sociales : *Rapport annuel 2003, Santé, pour une politique de prévention durable*, Paris, 2003, 357 pages + annexes.

Inspection Générale des Affaires Sociales : AMSON A, BAS-THERON F *La prévention sanitaire par une bonne hygiène nutritionnelle*, Paris 2003, 86 pages + annexes.

Les synthèses du Programme National Nutrition-Santé, *Alimentation, nutrition et cancer : vérités, hypothèses, idées fausses*, août 2003

Organisation Mondiale de la Santé, *Obésité: prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale*, Série de Rapports techniques, Genève 2003, 284 pages

V. ARTICLES DE PRESSE

La Revue de la Sécurité Sociale, *Bien se nourrir pour vivre mieux*, Trimestriel, n°119, octobre 2004

Le Monde Diplomatique, *L'obésité au bout du repas : Ce que cache MCDONALD'S*, FROGUEL P., SMADJA C, décembre 2004

VI. SITES INTERNET

Bulletins officiels du ministère de la Santé : <http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/>

INPES : www.inpes.sante.fr/

Programme national nutrition santé : http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/34_010131.htm

Organisation mondiale de la santé : <http://www.who.int/fr/> (OMS)

Liste des annexes

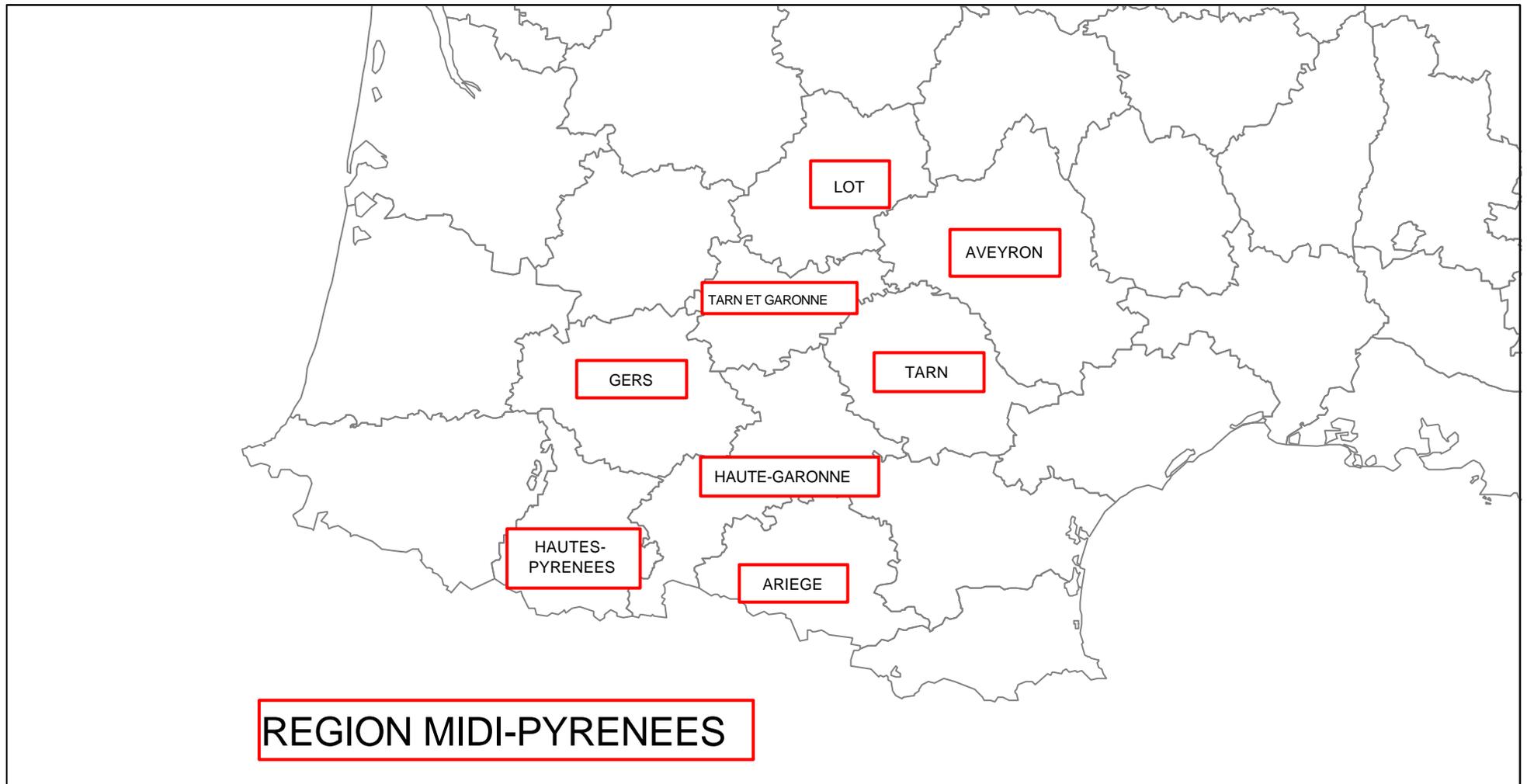
Annexe 1 : le département du Gers dans la région Midi-Pyrénées

Annexe 2 : carte des hôpitaux locaux du département

Annexe 3 : fiche action de la prévention de l'obésité infantile dans le Gers

Annexe 4 : liste des personnes rencontrées

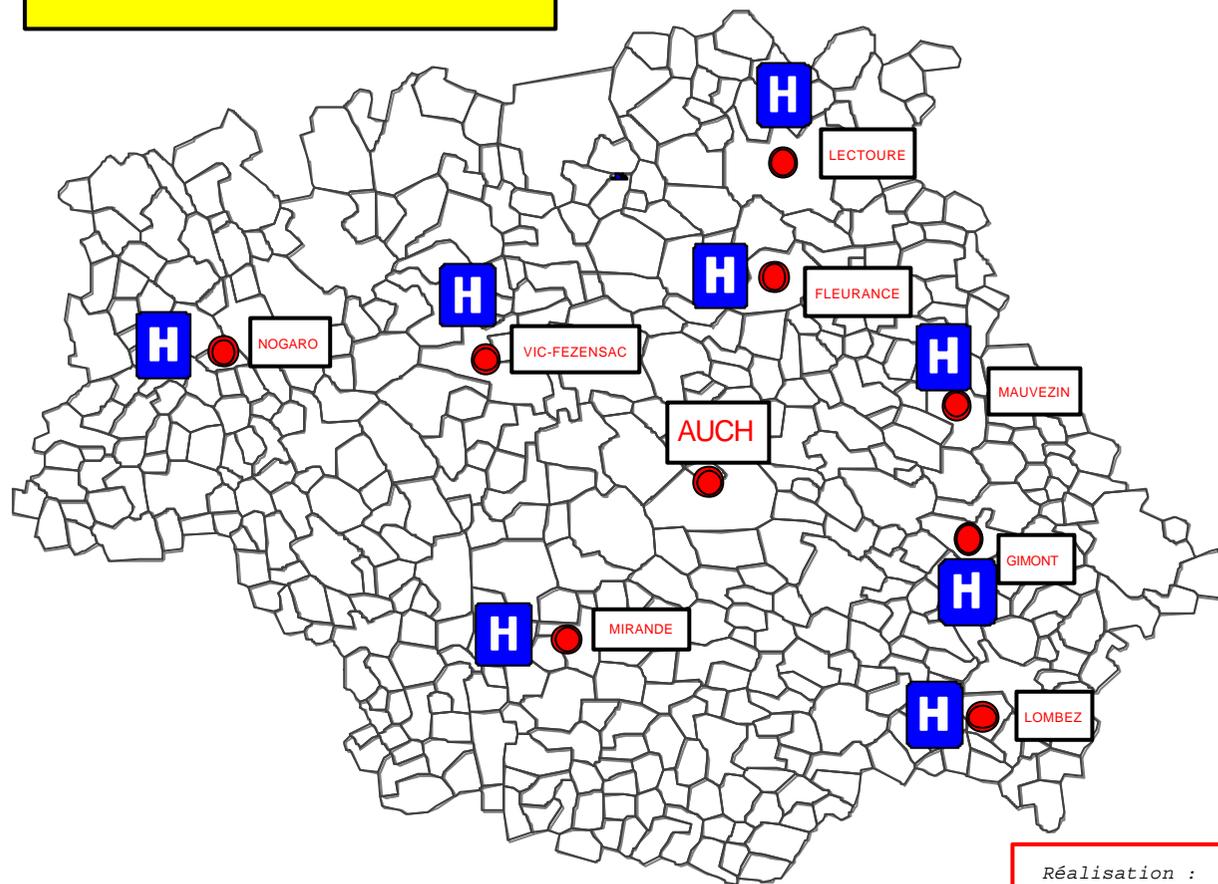
ANNEXE 1



Réalisation DDASS du Gers COMI

ANNEXE 2

LES HOPITAUX LOCAUX



Réalisation :
DDASS GERS-COMI

DEPARTEMENT DU GERS - ANNEE 2004

ANNEXE 3

FICHE ACTION

prévenir l'obésité infantile dans le Gers

(comité de pilotage du 11 mai 2001)

Justification de l'action

En 1998, la fréquence des enfants en surcharge pondérale rencontrés lors des visites d'admission au CP a inquiété les médecins du Service de Santé Scolaire du Gers.

Cette observation est à rattacher à une enquête de 1996 qui montre que la prévalence de l'obésité des jeunes hommes de 17 à 25 ans, dans le département du Gers, est une des plus fortes de France (avec les Hautes-Pyrénées, l'Ariège et la Haute-Corse).

L'obésité infantile, outre les retentissements :

- sur la santé de l'adolescent (augmentation des pathologies endocriniennes, orthopédiques et cardiovasculaires)
- sur la santé de l'adulte (surmortalité de 50 à 80% selon les études)

a paru être un facteur de stigmatisation et d'exclusion, de l'enfant, capable d'enfermer l'adolescent dans des attitudes de rejet scolaire et social.

L'éventuelle incidence d'une corrélation de l'obésité avec des facteurs sociaux et d'environnement a été soulevée. Cette réflexion nous incite à affiner ce constat pour élaborer des stratégies de prévention efficaces et adaptées dans le cadre du PRAPS.

La prise en compte de l'obésité infantile est un problème de santé publique.

Dans le cadre du PRS, la lutte contre l'obésité infantile cherche à réduire les risques d'apparition de pathologies chez l'adulte, en particulier d'un diabète ou d'une hypertension artérielle.

Expériences antérieures et références bibliographiques

- Rapports d'activité 98-99 et 99-2000 par le service de santé scolaire du Gers
- Rapport INSERM sur l'obésité infantile, réalisé en Juin 2000 à la demande de la CPAM
- Atlas de la Santé en France, année 2000, Edition John Libbey
- L'Express n° 2570 du 5 octobre 2000

Objectif général

- Proposer des stratégies de prévention adaptées pour lutter contre l'obésité infantile dans le Gers et réduire la prévalence de l'obésité chez l'adolescent.

Objectif spécifique

- Analyser le problème de la survenue de l'obésité infantile dans le Gers pour élaborer une stratégie de prévention adaptée.

Objectifs propres

- Connaître la prévalence de l'obésité chez les enfants de 5/6 ans scolarisés en grande section dans les écoles maternelles du Gers
- Recueillir des indicateurs
 - Sur le mode de vie (environnement social, familial, activités),
 - Sur les comportements alimentaires,
 - Sur le vécu de l'obésité dans la famille.
- Mieux connaître les facteurs influençant la prise de poids chez l'enfant
- Faire connaître les résultats de l'enquête
 - Aux parents,
 - Aux professionnels de santé (médecins généralistes, pédiatres, Services de PMI),
 - A l'Education Nationale,
 - Aux caisses d'assurance maladie
- Mettre en place un programme d'Education Santé efficace et adapté sur la prévention de l'obésité infantile relayé à la fois par les professionnels de santé et par l'école.

Bénéficiaires de l'action

- Tous les enfants de 5-6 ans scolarisés dans le Gers
- Leurs parents, rencontrés à l'occasion de la visite médicale obligatoire d'admission au cours préparatoire, soit 1600 enfants.

Historique de l'action,

- Action nouvelle

Niveau géographique d'intervention

- Le département du Gers

Type d'action

- Information, Education du public, communication

Moyens d'action

- Collecte d'information : enquête par questionnaire et entretiens avec les parents d'enfants de 5-6 ans du département du Gers (aide technique du GRES Médiation Santé). Ce questionnaire sera vérifié en terme de faisabilité et de pertinence par une action test préalable.
- Communication des résultats aux parents, à l'éducation nationale, à l'Assurance Maladie, aux professionnels de santé : réunions, publication.
- Création d'outils : réglette de calcul de l'Indice de Masse Corporelle pour les enfants de 1 à 10 ans.
- Journées d'échanges avec les professionnels.

Calendrier

- Durée totale de l'action : 2 ans
- Mars – avril 2001 : préparation du questionnaire avec le GRES
- Mai – juin 2001 : réalisation du questionnaire test dans les écoles
- Juillet 2001 : élaboration du questionnaire définitif
- Septembre 2001 – juin 2002 : réalisation du questionnaire sur le département
- Juin – septembre 2002 : saisie, analyse des résultats
- Octobre 2002 : publication des résultats
- Octobre 2002 – juin 2003 : mise en place du plan de prévention

Suivi et évaluation

- Respect de l'échéancier ci-dessus
- Instance de suivi : Comité de pilotage composé des partenaires impliqués
 - La Santé Scolaire qui intervient dans la préparation, la réalisation, l'analyse de l'enquête épidémiologique, les actions de prévention au niveau de l'école,
 - L'Assurance Maladie, qui participe à la réalisation, au suivi et à l'évaluation du projet
 - La DDASS du Gers qui participe au projet dans son implication avec les publics en situation précaire (PRAPS)
 - Le CODES 32, qui a dans ses missions la réalisation d'actions d'Education pour la Santé
 - La DSD du Gers, concernée par son pôle PMI
 - L'URML Midi-Pyrénées, représentant les professionnels de santé libéraux, qui sera associée aux actions d'information et de prévention les concernant
 - Monsieur le Docteur Pascal DOEUVRE, chef de Service Pédiatrie du CHG d'Auch, qui intervient comme référent.

Evaluation de l'action

- Nombre d'enfants touchés / nombre d'enfants scolarisés dans le département
- Taux de participation des parents aux questionnaires
- Taux de participation des professionnels aux échanges
- Mesure du taux de remplissage des courbes pondérales (avec IMC) des carnets de santé avant et après la réalisation des actions d'Education à la Santé.

Ressources à mobiliser

- Responsable de l'action : Docteur REYNES, médecin Responsable Départemental, Conseillère technique auprès de l'Inspecteur d'Académie du Gers
- Acteurs impliqués : Education Nationale, Assurance Maladie, DDASS 32, CODES 32, DSD 32, URML Midi-Pyrénées, médecin pédiatre hospitalier
- Equipe de travail : tous les médecins de l'Education Nationale du Gers et les infirmières de secteur concernées.

Intervenants

- GRES Médiation Santé pour l'aide épidémiologique, traitement et analyse statistique,
- CODES 32 et URML Midi-Pyrénées pour les actions d'information et d'Education à la Santé

Moyens matériels

- Questionnaire
- Table de calcul de l'IMC

- Salles de réunions
- Dossiers de publication des résultats
- Dossiers élaborés pour les actions de prévention et de communication

Communication – valorisation

- Publication des résultats de l'enquête, diffusion auprès de l'Education Nationale, de l'Assurance Maladie, des professionnels de santé, des parents
- Réalisation de réglottes de mesure de l'IMC remises aux professionnels de santé du département
- Journées d'échanges : réflexion sur des stratégies efficaces et adaptées de prévention de l'obésité infantile
 - Vers les professionnels de santé : médecins, infirmières
 - Vers les professionnels de la restauration

ANNEXE 4

Liste des personnes rencontrées

ordre alphabétique

Mme BARNABOT	Diététicienne Hôpital de Lectoure
Mme BIARD	Directrice adjointe DDASS du Gers
Mlle DACQUET	Chargée de mission CODES 32
Mme GUILLOT	Directrice Hôpital de Lectoure
Mme le Dr HOPPELER	Médecin Service départemental de la santé scolaire
Mme le Dr LABATUT	Médecin PMI du Gers
Mr le Dr LABATUT	Service médical CMSA du Gers
Mr le Dr LAGORCE	Cardiologue - Président de l'ADPG Centre hospitalier d'Auch
Mr le Dr LAMOUR	Médecin Général de Santé Publique DDASS du Gers
Mlle MASSAT	Chargée d'étude CPAM
Mme le Dr REYNES	Médecin chef Service départemental de la santé scolaire
Mr le Dr THIRION	Médecin coordonnateur du PRAPS DDASS du Gers