



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2002 –

LA CONCRETISATION DES POLITIQUES DE PREVENTION

– groupe n° 25 –

Ce rapport de séminaire a été réalisé par un groupe de 9 élèves en formation initiale

Animateurs : Jean-Claude PALICOT, Laetitia VINCONT

SOMMAIRE

1	LA CONCRETISATION DES POLITIQUES DE PREVENTION : ENTRE LE CADRE THEORIQUE ET LES ATTENTES DES ACTEURS, QUELLE CONVERGENCE ?	4
1.1	SUICIDE - QUALITÉ DE L'EAU - NUTRITION : DE L'ÉMERGENCE À LA MISE EN OEUVRE DE TROIS POLITIQUES DE PRÉVENTION.	4
1.1.1	<i>La prévention du suicide</i>	4
1.1.2	<i>La prévention des risques liés à l'eau</i>	6
1.1.3	<i>La prévention « nutrition-santé »</i>	8
1.2	LES ATTENTES DES ACTEURS : QUELLE CONVERGENCE ?	11
2	UNE INSTRUMENTALISATION RÉCIPROQUE	14
2.1	LA DIVERSITÉ DES LOGIQUES PROFESSIONNELLES	14
2.1.1	<i>Entre acteurs institutionnels et associatifs, des exigences aux temporalités différentes</i>	14
2.1.2	<i>Entre acteurs institutionnels et associatifs, des méthodes de travail éloignées et peu partagées</i>	15
2.1.3	<i>L'évaluation : un outil très discuté</i>	16
2.2	DES INTÉRÊTS MULTIPLES POUR UNE SEULE POLITIQUE DE PRÉVENTION.	18
2.2.1	<i>Les jeux d'instrumentalisation entre acteurs</i>	18
2.2.2	<i>La prévention, un outil au service d'intérêts particuliers</i>	20
3	LA PREVENTION : UN INSTRUMENT POLITIQUE ET UN OUTIL DE SANTE PUBLIQUE	22
3.1	UN PARTENARIAT À CONSTRUIRE	22
3.2	LA PRÉVENTION, UN VOLET DE SANTÉ PUBLIQUE À DÉVELOPPER.	24
3.2.1	<i>Affichage de la prévention comme une priorité nationale de santé publique</i>	24
3.2.2	<i>La volonté de construire une culture commune et enrichie de la prévention</i>	26
3.2.3	<i>Propositions d'amélioration des démarches de prévention</i>	27

INTRODUCTION

La France tire une légitime fierté de voir son système de santé classé au 1^{er} rang mondial par l'Organisation mondiale de la santé. Ce classement reflète notamment un bon niveau en termes d'espérance de vie sans incapacité, de mortalité infantile, de mortalité cardiovasculaire ; ces résultats témoignent de conditions d'environnement favorables, mais aussi des possibilités d'accès à des soins de bonne qualité et de l'importance des ressources consacrées au volet curatif.

Cependant le Haut Comité de santé publique¹, tout en reconnaissant ces indicateurs favorables, a soulevé certaines faiblesses relatives à d'autres indicateurs : niveau de mortalité prématurée élevée, prévalence d'obésité en forte croissance, niveau élevé et stagnant des accidents de la circulation routière, pathologies mentales en augmentation. De plus, il souligne l'importance des écarts d'état de santé entre les régions et entre les catégories socioprofessionnelles. De nombreux déterminants de santé interviennent pour expliquer ces faiblesses : l'environnement physique et social, les conditions de vie, y compris les conditions de travail et les expositions professionnelles ; les comportements individuels et certains éléments qui dépendent du système de soins, notamment le dépistage.

Depuis une quinzaine d'années, l'importance de la prévention dans le système de santé est reconnue (en particulier en matière de lutte contre l'infection au VIH). Les pouvoirs publics portent aujourd'hui la prévention au rang de priorité nationale de santé publique. Dans cette optique, M.Mattéi, ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, dans son discours devant l'Académie de médecine du 1^{er} octobre 2002 déclare notamment qu'il est temps de rectifier l'équilibre entre le curatif et le préventif en termes budgétaires : ce rapport est actuellement de 1 à 50.

La prévention est un ensemble de stratégies mises en œuvre pour réduire les facteurs de risque dans le cas d'une maladie précise ou pour accroître une série de facteurs qui diminuent la prédisposition à la maladie. Elle inclue également des activités et des stratégies destinées à en minimiser les conséquences une fois qu'elle est contractée. La notion de promotion de santé, énoncée par la Charte d'Ottawa, complète celle de prévention en mettant l'accent sur l'importance de l'implication de chaque individu dans la prise en charge de sa propre santé. Cette orientation nécessite une participation effective du public à la définition des problèmes et à la prise de décision. Elle nécessite la collaboration étroite de

¹ HCSP . rapports sur l'état de santé de la France 1994 et 2002.

tous les secteurs de la société pour faire en sorte que l'environnement global contribue à la santé². Elle s'appuie notamment sur l'éducation pour la santé.

Dans un tel contexte de mise en avant de la prévention et de discussions sur les concepts qu'elle sous tend, il apparaît opportun de s'interroger sur la concrétisation des politiques de prévention aux niveaux régional, départemental et local. Cette question peut s'aborder sous deux angles : elle désigne d'une part leur mise en œuvre effective au plan local, et d'autre part leurs résultats tangibles en matière de santé publique. Dans le cadre de ce rapport, nous avons choisi de privilégier la première approche.

Leur articulation entre les différents niveaux peut s'analyser au regard du rôle conféré aux collectivités locales. En théorie, le dialogue entre les structures déconcentrées et décentralisées devrait garantir une plus grande proximité du terrain, une meilleure coordination des acteurs et une amélioration de l'allocation des ressources. La question initiale portait sur la façon dont les politiques de prévention sont déclinées ou articulées entre les différents niveaux, des acteurs locaux vers le niveau national et vice versa. La recherche était orientée sur les facteurs favorables ou de blocage de la mise en œuvre de ces politiques.

Les entretiens sur le terrain ont conduit à de nouvelles interrogations : les acteurs locaux sont-ils à même de participer au choix des thèmes de prévention ou se trouvent-ils face à une demande du public créée ou révélée par le niveau central ? Il semble que les actions mises en œuvre par l'Etat répondent parfois de façon inadaptée à la demande exprimée par le terrain. Les acteurs locaux, la connaissant mieux, estiment leur liberté d'action très encadrée par une réglementation rigide. La question a alors été précisée : comment caractériser les relations entre les différents acteurs de la prévention en France : coopération ou instrumentalisation ?

Si la coopération est une condition indispensable de la concrétisation des politiques de prévention (I), l'analyse des relations entre les acteurs montre plutôt une instrumentalisation réciproque (II).

La prévention est à la fois un instrument politique et un véritable outil de santé, son rôle dans le système de santé doit encore être accru (III).

² D.Nutbeam, Glossaire de la Prévention de la Santé, Québec : Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Santé Société, n°1, p.22

METHODOLOGIE

Le champ d'étude est la région Bretagne, département des Côtes d'Armor, essentiellement la ville de Saint Brieuc. Cependant, il nous a paru intéressant d'ajouter à titre de comparaison un exemple de partenariat réussi mis en place sur la ville de Rennes.

Compte tenu de la multiplicité des thématiques de santé publique comprenant un volet de prévention, un choix raisonné a été effectué : prévention du suicide, nutrition et nitrates et pesticides dans l'eau.

Ce choix a été fait sur la base des critères suivant :

- Volonté de travailler sur des politiques de prévention de natures diverses. Le champ du suicide est essentiellement lié aux secteurs sanitaire, social et éducatif ; celui de la nutrition aux secteurs sanitaire, éducatif, économique et celui de l'eau aux secteurs de l'environnement, de l'agriculture et de la santé.
- Volonté de travailler sur des politiques de prévention d'ancienneté diverse : la prévention du suicide développée activement depuis une dizaine d'années, la nutrition depuis moins de deux ans, la question de la qualité de l'eau posée depuis plus de dix ans.
- Volonté d'analyser la diversité des modalités de concrétisation des politiques de prévention, de la prise en compte de l'importance d'un problème de santé à la décision et à l'élaboration d'un programme jusqu'à sa mise en œuvre.

Les organismes publics et privés, les professionnels et les citoyens qui participent à la concrétisation des politiques de prévention sont globalement les mêmes quelle que soit la thématique de santé publique. Pour chacune d'entre elles, le niveau d'implication des divers acteurs n'est cependant pas identique. Pour toutes ces politiques, il y a interaction entre les différents niveaux, du national, voire européen, jusqu'au local.

Ainsi des entretiens ont-ils été sollicités auprès d'intervenants (liste en annexe):

- du niveau national : DGS, INPES
- du niveau régional : DRASS, URCAM, URML, CRES
- du niveau départemental : DDASS, Conseil général, Mutualité française, CODES
- du niveau local : hôpitaux, associations, praticiens

Une grille d'entretien commune pour tous les interlocuteurs a été élaborée (cf. annexe).

L'URML n'ayant pas souhaité nous rencontrer, le rôle des médecins de ville ne sera que peu abordé dans ce rapport.

1 LA CONCRETISATION DES POLITIQUES DE PREVENTION : ENTRE LE CADRE THEORIQUE ET LES ATTENTES DES ACTEURS, QUELLE CONVERGENCE ?

Chacune des politiques que nous avons choisies d'analyser se traduit par un programme national décliné jusqu'au niveau local. Mais les acteurs affichent des conceptions divergentes de la coopération nécessaire à la mise en œuvre de ces politiques.

1.1 Suicide - qualité de l'eau - nutrition : de l'émergence à la mise en œuvre de trois politiques de prévention.

Nous allons exposer le mode de concrétisation des politiques de prévention, tel qu'il a été conçu au niveau national.

1.1.1 La prévention du suicide

Le **Plan national de prévention du suicide 2000-2005** trouve son origine dans les PRS 1996-2000 de 10 régions dont la Bretagne. La Direction Générale de la Santé (DGS) assure la coordination nationale du dispositif, en Bretagne et dans les Côtes d'Armor, ce sont la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS) et la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS). De son côté, l'Institut national de la prévention et de l'éducation pour la santé (INPES) a publié un guide « prévention du suicide » formulant des recommandations pratiques à partir d'une action expérimentale menée par la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), la Mutualité française et la DGS.

➤ Un Plan national aux origines régionales.

Le suicide est un problème bien identifié dans la région Bretagne : depuis 1992, l'observation de ses caractéristiques est réalisée à partir de l'analyse des certificats de décès. Dans les Côtes d'Armor, la mortalité par suicide est supérieure de 23% au taux national. Beaucoup de projets et d'actions de prévention du suicide sont donc réalisés depuis longtemps par de multiples acteurs : associations, collectivités locales, administrations notamment DDASS des Côtes d'Armor et du Finistère.

La DRASS a constitué un groupe de programmation en 1995 afin d'établir un PRS « souffrances psychiques et phénomène suicidaire ». Depuis 1996, il a permis de réaliser des actions visant à réduire la progression du suicide dans la région. Six grands domaines

d'intervention ont été retenus, notamment l'adaptation de l'offre de soins, la formation des professionnels, l'accompagnement des familles et de l'entourage des suicidants et des suicidés, la recherche pour une meilleure connaissance du phénomène suicidaire.

Un groupe de pilotage constitué en 1997 rassemble les représentants des structures, services et associations impliqués dans la prévention, le soin et l'accompagnement : Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), mutualité sociale agricole (MSA), Education nationale, Mutualité française, gendarmerie, police, services hospitaliers, Conseil Général, associations. La DDASS est chargée de la coordination du groupe avec un chef de projet "souffrance psychique" et une équipe de santé publique au sein de laquelle une personne référente assure un relais permanent entre les membres ainsi que le suivi des actions. Ce groupe a permis à la région Bretagne de faire remonter des informations au niveau central, qui ont été utilisées pour l'élaboration d'une politique nationale.

A la suite d'un rapport du HCSP, il est demandé à chaque région d'agir pour diminuer le taux de mortalité prématurée, dont le suicide est un des principaux facteurs. Dans le même élan, le plan national de prévention du suicide 2000-2005 recommande une politique active de prévention primaire en santé mentale, structurée autour de plusieurs volets : la prévention en amont de la crise suicidaire, la réduction de l'accès aux moyens létaux de suicide, l'amélioration de la connaissance du phénomène par un partenariat avec l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM).

➤ **La concrétisation par les acteurs régionaux, départementaux et locaux.**

En Bretagne le thème du suicide fait de nouveau l'objet d'un PRS 2001-2006, dans lequel 52 actions sont prévues, dont huit consacrées à l'information et à la sensibilisation du public.

De son côté, le **Conseil Général** des Côtes d'Armor soutient des actions en faveur des bénéficiaires du RMI. Par convention avec les centres médico-psychologiques (CMP) pour adultes, ce public bénéficie de consultations et d'un accès aux soins par le financement de la part CMU complémentaire via un fonds inter partenarial. S'agissant des jeunes de moins de 18 ans, le département peut intervenir dès lors qu'un dépistage a été effectué dans le cadre de son dispositif « protection de l'enfance ».

L'association « Vie et Espoir 2000 » assure une écoute téléphonique, quelques heures par jour, 50 bénévoles traitant quelques 1650 appels par an.

A l'**hôpital de Plouguernevel** (établissement participant au service public hospitalier), les actions de prévention du suicide s'inscrivent dans le projet d'établissement 2002-2006. Ce dernier tient d'ailleurs compte des priorités régionales et locales de santé publique.

L'hospitalisation n'est pas systématique, l'hôpital travaille en effet avec des structures externes. D'une part, les CMP réalisent sur demande des actions de formation ou d'information des professionnels concernés par la thématique du suicide. D'autre part, les unités médico-psychologiques (UMP) sont présentes dans tous les services d'urgence du secteur et pratiquent une prévention secondaire visant à éviter une récurrence après un premier passage à l'acte. Les personnes ayant commis une tentative de suicide leur sont systématiquement adressées.

1.1.2 La prévention des risques liés à l'eau

➤ Une politique de prévention nationale sous influence européenne.

La législation en matière d'eau est un des premiers secteurs en matière d'environnement à avoir été couvert par la politique européenne. Depuis 1975, de nombreuses réglementations ont vu le jour. On compte parmi celles-ci la directive sur les nitrates, celle sur les eaux urbaines résiduaires ainsi que celle sur les substances dangereuses. A ce jour, aucune directive de base n'a été complètement mise en œuvre et appliquée par les Etats membres. De très nombreuses procédures d'infraction sont en cours. Dans le cas de la directive nitrates (91/676/CEE) par exemple, les procédures pour non-respect ont été entamées contre treize des quinze états membres. La dernière révision majeure de la politique européenne en matière d'eau a abouti à la directive 2000/60/CE communément appelée "directive-cadre de l'eau". Elle précise qu'il est nécessaire d'élaborer une politique communautaire et que le succès de sa mise en œuvre passera par une collaboration étroite et une action cohérente de la Communauté, des Etats membres et des autorités locales.

Sous contrainte de la menace de pénalités infligées par l'Union européenne, il existe une obligation de prévention au niveau de chaque Etat membre. La politique de prévention concernant l'eau en France s'organise autour de deux axes :

- Une réglementation contraignante sur décision plus politique que scientifique, qui émane donc de directives de l'Union Européenne (seuil maximal de concentration de pesticides dans l'eau inférieur au seuil déterminé par les scientifiques).
- Une politique d'incitation vis-à-vis des agriculteurs par le biais de contrats (contractualisation contre subventions) : un préventif « mou »³ assuré par les Chambres d'Agriculture, où les intérêts de la santé publique sont confrontés aux intérêts économiques particuliers.

³ Cour des comptes, rapport annuel 2002

Les directives communautaires sont à l'origine d'une action nationale de recherche et de réduction des rejets de substances dangereuses dans les eaux de surface. Cette action consiste à décliner dans chaque région un même programme de recherche et de réduction des rejets de substances polluantes pour une durée de cinq ans. Le ministère de la santé joue essentiellement un rôle de gendarme de la qualité de l'eau, en s'appuyant sur une réglementation de plus en plus stricte concernant la composition des eaux de captage.

Les techniciens du service "santé environnement" de la DDASS font remonter au ministère des informations qualitatives, en fonction desquelles le ministère informe les autres ministères concernés (environnement et agriculture) de problèmes éventuels. Dans ce domaine interministériel, le ministère de la santé agit donc en aval, en contrôle et alerte : l'action directe de prévention (protection des zones de captage, aménagement du territoire) ne relève pas du champ de la santé, mais surtout de l'agriculture.

➤ **La concrétisation par les acteurs régionaux, départementaux et locaux.**

Au niveau régional, le concept de santé environnement⁴ est déclaré priorité de santé publique depuis 1996 par la Conférence Régionale de Santé (CRS).

La procédure d'élaboration des actions comprend :

- ◆ Atelier santé environnement : à l'initiative de la DRASS, regroupement de toutes les administrations, associations et collectivités locales concernées par le thème (environ une centaine de personnes) pour préparer en amont les propositions à faire à la CRS.
- ◆ Jury de la Conférence Régionale de Santé : choix des priorités parmi les propositions présentées.
- ◆ Comité régional des politiques de santé : présidé par le Préfet de région, arrête des programmes d'action pour la mise en œuvre des priorités fixées par la CRS
- ◆ Mission interdépartementale et régionale de l'eau (MIRE) : créée à l'initiative du préfet de région en 2001, elle regroupe l'ensemble des administrations concernées pour appliquer les programmes d'action.

Les programmes quadriannuels «Bretagne Eau Pure », qui se succèdent depuis 1990, regroupent l'application de tous les programmes nationaux et certaines actions locales dans le cadre d'un contrat spécifique.

Au niveau départemental, le Conseil Général mène depuis plusieurs années une politique environnementale volontariste qui va bien au-delà de ses compétences légales. La particularité costarmoricaine repose sur la mise en place de périmètres de protection des

⁴ Aspects de la santé humaine déterminés par des facteurs physiques, chimiques, biologiques, sociaux et psychosociaux de l'environnement.

points de captage d'eau qui concerne aujourd'hui près de 70% des captages, un effort unique en France⁵.

Au niveau local, la préoccupation des habitants est relayée par une présence associative dynamique.

1.1.3 La prévention « nutrition-santé »

➤ Une politique récente d'origine nationale.

Les enjeux de l'alimentation sur la santé ont retrouvé une forte acuité avec la crise européenne de l'encéphalopathie spongiforme bovine dès 1997. Des actions visibles ont été mises en œuvre rapidement, dans un contexte de crise en s'appuyant sur le principe de précaution. Par ailleurs les études scientifiques médiatisées sur la progression de l'obésité ont renforcé la sensibilisation, déjà forte, des Français sur la nutrition.

En 1998 la Direction Générale de la Santé a initié des travaux pour préparer la «priorité nutrition» portée par la France durant sa présidence de l'Union européenne.

En juin 2000 le Haut Comité de Santé Publique remet un rapport au gouvernement dans lequel il dresse le bilan de l'évolution des habitudes alimentaires des français et de leur impact sur la santé et propose la mise en œuvre d'un programme national nutrition.

Le 13 décembre 2000, lors des « Etats Généraux de l'alimentation », le Premier Ministre, se basant sur les remontées des inquiétudes de la population, demande au secteur de la santé l'élaboration d'un programme national de nutrition, en lien avec d'autres secteurs.

Le 31 janvier 2001 la Secrétaire d'Etat à la Santé annonce **le Programme National Nutrition Santé 2001-2005 (PNNS)**. Ce programme plurisectoriel (recherche, formation et surveillance, actions de terrain, de promotion, d'information, de prévention et de soins, offre sanitaire, distribution et contrôle) implique de nombreux acteurs institutionnels, associatifs et privés. Il est coordonné par un comité stratégique, présidé par le ministre, qui se réunit en comité opérationnel une fois par mois. Il comprend des représentants du Ministère de la santé, de la CNAMTS, de la Mutualité Française, de l'Assemblée des départements de France et de l'association des maires de France.

Ce programme est principalement axé sur la prévention primaire, mais aussi sur le dépistage et la prise en charge précoce des dégradations de l'état nutritionnel de la population. Il comprend neuf objectifs prioritaires quantifiés et des objectifs spécifiques. Il repose sur six axes stratégiques déclinés en de multiples propositions d'actions.

➤ Un programme qui reste à concrétiser au niveau local.

⁵ Source Conseil Général des Côtes d'Armor, www.cg22.fr
ENSP – Module interprofessionnel de santé publique – 2002

Les DDASS et DRASS ne se sont pas encore directement impliquées dans la mise en œuvre du PNNS, les collectivités locales non plus, malgré le dispositif prévu.

Une circulaire de début 2002 propose des orientations pour la déclinaison du programme par les niveaux déconcentrés de l'Etat, notamment par la mise en place d'un comité nutrition au sein des Comités régionaux des politiques de santé (CRPS) et la nomination d'un professionnel hors Etat compétent en la matière et capable de fédérer les énergies. Des ressources financières ont été déconcentrées. La CNAMTS a aussi suggéré une utilisation des ressources financières décentralisées vers les CPAM dans le cadre du Fonds national de prévention, d'éducation et d'information pour la santé (FNPEIS) en cohérence avec les options du PNNS.

41 projets locaux de type recherche action ont été retenus par la DGS, leurs actions bénéficieront du logo du PNNS. Le bénéfice de ce logo est soumis à des conditions techniques et réglementaires très strictes avec un contrôle a priori des pouvoirs publics. Ces projets émanent de divers organismes publics sur tout le territoire français : mairies, conseils généraux, caisses primaires d'assurance maladie, comités départementaux et régionaux d'éducation à la santé (CODES et CRES), unions départementales de la Mutualité française, missions locales pour l'insertion socioprofessionnelle des jeunes, services scolaires et universitaires, hôpitaux et associations. Ils visent la population, très peu visent les professionnels sanitaires, sociaux et éducatifs. Beaucoup développent des actions de prévention basées sur des campagnes d'information, d'autres se proposent de développer des études sur les comportements alimentaires de certaines catégories de population. Quelques-uns enfin sont centrés sur la formation de personnes relais intervenant auprès des populations.

Pour la région Bretagne, ont été retenus le projet déposé par le CODES d' Ille et Vilaine : « Projet expérimental nutrition-santé sur un site de Rennes » visant à sensibiliser les enfants et adolescents, les parents, les professionnels sanitaires et sociaux et la restauration scolaire, et le projet « santé alimentation au travail » déposé par l'usine PSA de Chartres de Bretagne.

Des associations travaillant sur le thème de la nutrition avec les populations défavorisées développent des études demandées et soutenues par la DGS.

Cependant, les acteurs locaux dans leur ensemble doivent encore s'approprier le programme national, comme le rappelle le ministère dans son bilan d'étape de septembre 2002.

Les programmes nationaux semblent donc prendre en compte les réalités locales et pouvoir se concrétiser facilement. Mais les acteurs ont des conceptions divergentes de la coopération nécessaire à cette mise en œuvre.

1.2 Les attentes des acteurs : quelle convergence ?

Niveaux Décisionnels	Les acteurs	Suicide	Nutrition	Eau (nitrates, pesticides)
NATIONAL	DGS	- L'approche par thèmes de la prévention en santé mentale a atteint ses limites. - Aller plus loin impliquerait une évolution vers la promotion de la santé mentale ciblée sur chaque catégorie de population.	- Cohérence des messages et des actions. - Assurer une approche de la nutrition comme déterminant de santé. - Une plus grande implication des administrations déconcentrées et des autorités locales	- Coordonner les actions lancées par des institutions variées : (INPES, CPAM...) - Les thèmes de prévention dans une région dépendent de la réceptivité plus ou moins grande des responsables locaux aux thèmes suggérés.
	INPES	- Les liens entre les actions nationales et locales sont difficiles à établir. Les outils utilisés sont différents: seuls les acteurs locaux peuvent développer la nécessaire action de proximité.		
REGIONAL	DRASS	- Développer l'évaluation des politiques de prévention, notamment celles touchant au suicide.	Entretiens non réalisés	- Sensibiliser davantage la population sur l'aspect santé, l'aspect environnement étant déjà bien connu .
	CRES	- Que la DRASS soit un partenaire qui soutient leur action sans restreindre leurs initiatives; respecte leur rythme de construction des projets et le temps nécessaire à la mise en œuvre des actions de prévention.		

Niveaux Décisionnels	Les acteurs	Suicide	Nutrition	Eau (nitrates ,pesticides)
DEPARTEMENTAL ET LOCAL	DDASS	- Agir à partir du territoire (proximité). Ce qui est important, ce ne sont pas les thèmes, mais l'action, sa mise en œuvre avec la population et les acteurs de la prévention. Nécessité que tous les acteurs trouvent une complémentarité dans leur action	- Un thème qui devrait être pris en compte dans le cadre du SRES en préparation.	-Sensibiliser davantage les professionnels à leurs obligations. - Développer la recherche sur l'impact de la qualité de l'eau dans les Côtes d'Armor sur la santé de la population.
	C. Général	- Une prévention globale (avant, pendant, après le passage à l'acte) - Impliquer les parents, les professionnels, le public. Nécessité de clarifier et de délimiter les fonctions de chacun sur le volet « santé », surtout Etat et Département.	- Sujet non abordé.	- Clarifier les compétences et les responsabilités en matière de gestion de l'eau et simplifier le système. - Relever le défi de la reconquête de la qualité de l'eau dans le département.
	Hôpital	- Plus de moyens humains (psychiatres), moins de contrôles, davantage d'actions de terrain.		
	Associations	- « Vie et Santé 2000 » : que l'Etat soutienne les actions des associations et fasse confiance aux « gens d'expérience». - une meilleure information sur les initiatives Etat (n'est pas au courant de l'existence des deux formateurs envoyés par la DGS pour la prise en charge des suicidants en Bretagne.)		

Il apparaît que la déclinaison des programmes nationaux de prévention par les pouvoirs publics associe le plus souvent tous les niveaux décisionnels (national, régional, départemental). Les attentes peuvent cependant être divergentes : le niveau central attend une application de ses programmes par les autres niveaux, tandis que les associations au niveau local souhaiteraient voir leur pouvoir d'initiative renforcé et leurs actions coordonnées et soutenues financièrement par les institutions de l'Etat.

Si une coopération entre tous les acteurs est indispensable pour la mise en œuvre des politiques de prévention, leurs relations ne semblent pas satisfaisantes aujourd'hui. La méconnaissance de l'autre ou l'incompréhension de son fonctionnement explique largement cette situation. Dès lors, comment caractériser ces relations ?

2 UNE INSTRUMENTALISATION RECIPROQUE

Nous avons essayé de mieux appréhender l'articulation des acteurs dans la concrétisation des politiques de prévention et de comprendre les raisons des attentes différentes et des incompréhensions mutuelles. De la lecture des attentes de chaque acteur, il ressort de nombreuses divergences liées à la diversité des logiques professionnelles. Celle-ci se manifeste essentiellement dans trois domaines :

- une perception différente du temps de l'action,
- une conception différente de l'intervention,
- une vision différente de l'évaluation.

Cette diversité des logiques se traduit par des relations reposant davantage sur une instrumentalisation que sur une réelle coopération.

2.1 La diversité des logiques professionnelles

2.1.1 Entre acteurs institutionnels et associatifs, des exigences aux temporalités différentes

Les exigences de chaque institution sur les échéances des actions auxquelles elle est amenée à participer sont différentes.

Les acteurs institutionnels (Etat et administrations déconcentrées, collectivités territoriales et assurance maladie) sont contraints par des décisions de nature politique qui limitent dans le temps la poursuite des actions. Elles sont suspendues au principe de l'annualité budgétaire voire même aux coupures décidées à l'occasion de la loi de finances rectificative. Dans le cas de l'eau, la durée scientifiquement démontrée pour obtenir une réduction de la teneur des nappes phréatiques en nitrates et pesticides par une action en surface est d'au moins 20 ans, ce qui est susceptible de freiner la prise de décision politique⁶.

En revanche, les associations ont besoin de temps pour permettre l'appropriation par le public ciblé du message de prévention, étape nécessaire à une modification des comportements. Leur action est d'autant plus lente qu'elle s'adresse à un public large, des professionnels à la population elle-même⁷. Or, la DRASS, sous l'autorité du Préfet de région, souhaite des programmes courts aux résultats rapides. Elle finance donc les projets eux-mêmes et non le temps passé à connaître les besoins. Ce mode de financement, qui se

⁶ DGS eau

substitue aux subventions de fonctionnement, fragilise les associations⁸. Les programmes régionaux de santé donnent certes une visibilité à plus long terme pour les programmes prioritaires, mais sans engagement sur la pérennité des financements. Leur continuité est, de plus, difficile à assurer. Au-delà de la dynamique de départ, il faut lutter contre la démobilisation des acteurs et l'éventuel départ des principaux animateurs⁹.

2.1.2 Entre acteurs institutionnels et associatifs, des méthodes de travail éloignées et peu partagées

La diversité des acteurs et de leurs formations conduit à des approches très différentes en termes de méthodologie.

Les acteurs intervenant dans la prévention sont d'origines professionnelles très diverses (médecins, paramédicaux, animateurs, sociologues, administratifs...). Dans le cadre du plan national de prévention du suicide, l'accent a été mis par le niveau central sur la nécessité de donner à tous les acteurs une formation commune, afin d'obtenir une meilleure cohérence des actions. Pour chaque région, un binôme de formateurs-relais (le plus souvent associant un psychiatre et un psychologue) a été nommé et a bénéficié d'une formation organisée par la DGS¹⁰. Ces binômes ont ensuite pour fonction de former les professionnels concernés dans chaque région, notamment au repérage et au dépistage de la crise suicidaire (ex : colloque organisé à Nantes en septembre 2002)¹¹. Cependant, ils souffrent encore d'un manque de notoriété et surtout leur légitimité n'est pas reconnue par les acteurs de terrain (principalement associatifs et hospitaliers), qui s'estiment formés par leur expérience quotidienne¹². Or cette expérience donne à chacun une conception différente de la prévention, qui ne facilite pas la cohérence des actions à l'échelle nationale¹³. Il est d'ailleurs surprenant de constater que le PRS «souffrance psychique et phénomène suicidaire» 2001-2006 a pour objectif principal la formation des professionnels de santé. De même, dans le domaine de la nutrition, la diversité des pratiques et des concepts utilisés par les acteurs de terrain (aspect normatif des conseils, importance du petit déjeuner, notion d'équilibre nutritionnel...) limite la cohérence globale souhaitée par la population et voulue par le PNNS.

⁷ Cf. INPES ;

⁸ Cf CRES Bretagne et association Vie et espoir

⁹ DRASS Bretagne

¹⁰ DGS suicide

¹¹ DDASS Côtes d'Armor

¹² association Vie et espoir

¹³ F. TULEU, La place de l'éducation pour la santé dans les programmes régionaux de santé liés à la prévention du suicide, La santé de l'homme, 1999 : 339, 44-45

De ces origines multiples découlent des démarches diverses. Alors que certains acteurs privilégient la méthode et recherchent la meilleure coordination possible¹⁴, d'autres considèrent que l'efficacité de la prévention ne tient qu'aux actions qui sont menées. Ces derniers ont une attitude ambiguë vis à vis de la coordination. Elle est considérée comme une perte de temps préjudiciable à l'action directe, mais aussi comme un moment essentiel de valorisation de leur institution, de leur compétence individuelle et comme l'occasion d'être informés à la source.

Certains acteurs n'ont de plus que peu d'intérêt à participer à la mise en œuvre d'actions de prévention. Il est ainsi difficile d'y associer les hôpitaux, car leur mode de financement ne valorise pas ce type d'actions. Cependant, en matière de suicide, les hôpitaux psychiatriques sont davantage sensibilisés à la nécessité de la prévention, par le biais de leurs structures externes (CMP)¹⁵.

2.1.3 L'évaluation : un outil très discuté

Une certaine divergence dans la conception de l'évaluation se manifeste de la part des acteurs, reflet probable de cette différence de conception de la prévention. L'évaluation n'a pas seulement pour but de déterminer si les objectifs d'un programme ont été atteints ou non, elle doit aussi chercher à savoir comment le programme fonctionne et dans quel contexte, quels sont les problèmes et les questions qu'il soulève, quels effets non voulus en résultent, et quels sont les éléments qui favorisent ou entravent son succès¹⁶. En matière de prévention, l'évaluation la plus pratiquée est celle du processus, qui vise la qualité technique de l'action, l'organisation des services, les relations établies entre les professionnels et les publics¹⁷.

Le programme national de prévention du suicide mentionne : « L'évaluation des actions de prévention du suicide est un temps fort du Programme national de prévention du suicide. En effet, si la pertinence de ces actions au regard de l'objectif national de diminution du nombre de suicide autorise leur mise en œuvre sur le terrain, leur poursuite et leur diffusion ne pourront être envisagées que si leur efficacité a été objectivée en terme de réduction des tentatives de suicide et de décès par suicide ». Or selon certains l'évaluation du résultat n'est pas adaptée à l'éducation pour la santé qui doit viser, dans un

¹⁴ DDASS Côtes d'Armor

¹⁵ hôpital de Plougernevel

¹⁶ OMS. Directive pour évaluer un programme de formation des personnels de santé ; OMS, publication offset : 1978 : 38

¹⁷ Education pour la santé : Concepts, enjeux, planification. Bruxelles ; De Boeck-université, Col. Savoirs et santé, 1988.

environnement donné et pour une population donnée, le meilleur résultat possible¹⁸. Cette évaluation des résultats n'est pour l'instant pas réalisée au niveau national¹⁹. Aucun outil méthodologique n'a été prévu dans le PRS pour assurer une évaluation²⁰. Toute évaluation de résultat est d'ailleurs difficile à mettre en œuvre et à interpréter compte tenu de la multiplicité des facteurs impliqués dans la crise suicidaire. Une enquête bilan sur la prise en charge hospitalière et le suivi des tentatives de suicide est prévue au niveau de la DDASS mais n'a pas été lancée²¹. Seule une évaluation de certaines actions ponctuelles (annuaires, formations...) est mise en place et se réfère plus au processus qu'au résultat. De plus, en matière de suicide, les associations émettent des réserves sur l'éthique d'une évaluation des résultats. En effet, une telle évaluation impliquerait un suivi personnalisé de chaque prise en charge, ce qui n'est pas compatible avec leurs principes de fonctionnement (anonymat notamment)²².

En matière de nutrition, le programme prévoit une évaluation des résultats. Une unité spécifique a été créée dans ce but au sein de l'INVS. En lien avec l'AFSSA, elle mène actuellement une étude pilote pour affiner la méthodologie avant la mise en place au niveau central en 2003 d'une étude nationale axée sur les indicateurs définis dans les objectifs quantifiés du PNNS. L'absence d'harmonisation et de discussion entre tous les acteurs de la chaîne d'intervention (du niveau national au niveau associatif) a conduit à sélectionner depuis le niveau national les dossiers retenus dans le cadre de l'appel à projet, avec comme critère de choix la nécessité de l'évaluation non seulement du processus mais aussi des résultats. Au niveau déconcentré, la visibilité des actions est insuffisante, la DDASS des Côtes d'Armor attend l'élaboration du Schéma Régional d'Education pour la Santé (SRES) avant de lancer des actions et bien des régions en sont encore au recensement des acteurs locaux développant une compétence dans ce domaine.

La prise en compte du problème des pesticides et des nitrates dans l'eau au niveau national implique une démarche d'évaluation inverse. La réglementation européenne, fixant des seuils stricts, impose une évaluation de résultats²³. Les services de santé de l'Etat ont pour mission une évaluation permanente du résultat en termes de qualité de l'eau alors que d'autres services ministériels (agriculture et aménagement du territoire) et les acteurs économiques locaux (agriculteurs) agissent dans le cadre d'une contractualisation qui, le plus souvent, ne comprend pas d'indicateurs d'évaluation. L'évaluation centrée sur la qualité

¹⁸ CRES Bretagne

¹⁹ DGS suicide

²⁰ DRASS Bretagne suicide

²¹ DDASS Côtes d'Armor

²² association Vie et espoir

²³ DGS eau et IGS DRASS Bretagne

de l'eau n'inclut pas d'indicateurs des conséquences en termes de santé publique. La recherche ne les a d'ailleurs toujours pas bien identifiées.

Ces différences de temporalité, de démarche et d'évaluation révèlent des options variées sur ce que l'on peut attendre de la prévention : de la simple transmission d'information à une promotion de la santé permettant à chacun de choisir de modifier ou non son comportement ; d'une application de normes réglementaires à une réponse à des besoins exprimés par une population ciblée ; en passant par la définition volontariste d'objectifs quantifiés, au niveau national ou régional. Dans le jeu d'acteurs qui se met en place lors de la déclinaison des programmes, cette diversité des conceptions induit une certaine instrumentalisation réciproque.

2.2 Des intérêts multiples pour une seule politique de prévention

Dans chacun des exemples étudiés, les relations entre les acteurs sont marquées moins par une coopération harmonieuse que par une instrumentalisation réciproque. Chacun se sert des autres pour atteindre ses propres objectifs, qui viennent compléter l'objectif de santé publique. Des enjeux différents interviennent pour chaque acteur et interfèrent dans la mise en œuvre des politiques telle que conçue à l'origine.

2.2.1 Les jeux d'instrumentalisation entre acteurs

Dans le domaine de la prévention du suicide, L'Etat a utilisé les informations issues du niveau régional par le biais des PRS (neuf régions en avaient fait un thème prioritaire) afin d'élaborer un programme national, comprenant objectifs et stratégies. Les services déconcentrés ont dès lors en charge la mise en œuvre du programme. Plusieurs régions, où la prévention du suicide n'était pas identifiée comme une priorité, se sont vues imposer des actions par le niveau central. Parmi les autres régions, certaines ont perçu ce programme comme une remise en cause de l'existant, alors que d'autres se sont vues confortées dans leur démarche. Les services déconcentrés, ayant une légitimité institutionnelle, ont « imposé » aux acteurs locaux une coordination axée sur les objectifs²⁴ et les stratégies du plan, parfois contradictoires avec les options de ces derniers. La participation à cette coordination et le respect du cadre défini par le plan sont des conditions de leur financement

²⁴ CRES Bretagne

par les pouvoirs publics²⁵. Pour beaucoup d'associations, composées de bénévoles et disposant de moyens humains limités, ce temps est perçu comme une perte par rapport à l'intervention directe, qui est leur priorité : la vision de l'intérêt général par les acteurs institutionnels (coordination) et par les associations (actions directes) diffère. De plus, des tensions sont apparues entre les niveaux déconcentrés (DRASS et DDASS) : plus proche des attentes du terrain, la DDASS ne parvient pas toujours à faire remonter les projets qu'elle suscite ou oriente, vers la DRASS qui maîtrise le financement.

La coordination, imposée et bien conduite, rassemble également tous les décideurs en matière de politique de santé (conseil général, municipalités, assurance maladie, mutualités). Dès lors, les associations n'ont d'autre voie (hors financement privé très aléatoire) que de se plier aux exigences du plan national. Les « financeurs », regroupés, financent des projets et non le fonctionnement des associations, ce qui pour elles remet en cause le temps de réflexion et d'analyse nécessaire à des actions efficaces : Y a-t-il encore une place pour des initiatives divergentes ? Cependant, les associations parviennent parfois à influencer l'action de la DRASS. A leur initiative une charte associative a ainsi été rédigée en Bretagne, dont les signataires s'engagent à respecter une éthique et une certaine qualité de prise en charge. L'adhésion à cette charte est devenue quasi obligatoire pour obtenir des financements de la DRASS²⁶.

En matière de nutrition, le PNNS a été construit à partir d'informations recueillies directement auprès du public lors des états généraux de l'alimentation et sur la base d'une expertise scientifique (HCSP), sans passer par les canaux traditionnels de remontée de l'information (DDASS, DRASS). Par voie de circulaires, il impose aux services déconcentrés sa mise en œuvre. L'exigence de cohérence globale limite les initiatives locales. Ainsi, en 2002, de nombreux projets locaux ont été choisis par le niveau central, sans systématiquement suivre l'avis des DDASS et DRASS. Le message diffusé est contrôlé par le biais des documents fournis par les CODES, élaborés au niveau central (INPES) et qui sont proposés à tous les acteurs régionaux et locaux. L'instrumentalisation est cependant parfois réciproque : dans plusieurs régions, les PRS (cardio-vasculaires, diabète...) ayant une composante nutrition se réapproprient le programme national en détournant son objectif premier (agir globalement sur le déterminant nutrition et non sur une pathologie spécifique)²⁷.

²⁵ DDASS Côtes d'Armor

²⁶ association Vie et espoir, DRASS : « les associations signataires de la charte bénéficient de notre regard bienveillant »

²⁷ DGS nutrition

La multiplication des priorités entraîne de plus de la part de la DDASS une délégation des dossiers à d'autres acteurs sans qu'elle puisse jouer son rôle de coordinateur.

Ces situations d'instrumentalisation réciproque dans un cadre de coopération obligée s'expliquent par les enjeux propres à chaque acteur.

2.2.2 La prévention, un outil au service d'intérêts particuliers

Au-delà des préoccupations de santé publique, chaque acteur poursuit par le biais de la participation à des politiques de prévention un objectif qui lui est propre : la visibilité de son action. Davantage que l'action curative, la prévention se joue sur le terrain politique. Son objectif sanitaire premier, réduire la mortalité – morbidité, induit pour les individus acteurs de leur santé un changement dans leur rapport à leur environnement social et économique. La science ne peut qu'identifier les facteurs de risques, c'est ensuite au responsable, dans une logique politique, de sélectionner les problèmes et de choisir les actions pour les résoudre²⁸. C'est donc un outil privilégié de visibilité institutionnelle : chaque acteur peut dans ce domaine conduire des actions bénéficiant d'une grande notoriété, légitimes scientifiquement, à destination des publics qu'il souhaite.

- Ainsi, pour les professionnels de santé au contact de patients lors d'une tentative de suicide ou d'un accident cardiaque, leur action s'inscrit au quotidien dans une logique de prévention secondaire dans un cadre d'éducation thérapeutique. Elle est nécessairement individualisée.
- Pour les associations, la visibilité est une condition de poursuite de leur action, tant vis à vis de leurs adhérents que de la population qu'ils visent et des financeurs qu'ils sont susceptibles de mobiliser.
- La visibilité des actions de prévention, du point de vue des acteurs déconcentrés (DDASS et DRASS), est aussi un moyen de renforcer leur rôle dans les domaines qui ne sont pas du ressort des nouvelles institutions sanitaires au niveau régional (ARH et projet d'Agences régionales de santé).
- En ce qui concerne les institutions relevant d'un choix, direct ou indirect, des électeurs (Ministre de la santé, Conseils généraux, municipalités), il s'agit de montrer une action concrète et un bilan en faveur de la population, d'autant plus que le thème de la politique de prévention est médiatisé.

²⁸ M. SETBON : Le risque comme problème politique. Sur les obstacles de nature politique au développement de la santé publique. Revue française des affaires sociales ; 1996, 2

Chacun attend donc quelque chose de différent de la prévention, non seulement en termes de santé publique mais aussi en termes d'intérêts propres. Cela entraîne une superposition des logiques, qui n'est pas en soi un frein à l'action mais peut le devenir si des enjeux individuels s'opposent. Dans ce cas, elle peut pousser à bout les logiques d'instrumentalisation et produire une rupture. Ainsi, la concrétisation des politiques de prévention demanderait plus une réflexion sur l'articulation des logiques d'acteurs que sur celle des niveaux géographiques d'intervention.

La diversité des logiques professionnelles à l'œuvre en matière de prévention conduit à des différences de relation au temps de l'action, de démarches et de conception de l'évaluation. L'absence d'accord sur ce qu'il faut attendre de la prévention se traduit par une instrumentalisation des relations entre les acteurs. Au-delà de l'objectif de santé publique, chacun poursuit, par sa participation, un objectif de visibilité institutionnelle. Si ces objectifs sont contradictoires, cette situation peut devenir un frein à l'action.

3 LA PREVENTION : UN INSTRUMENT POLITIQUE ET UN OUTIL DE SANTE PUBLIQUE

Malgré la situation d'instrumentalisation qui caractérise les relations entre les différents acteurs concourant à sa mise en œuvre, des partenariats efficaces peuvent être construits. L'analyse de quelques exemples réussis dans le département des Côtes d'Armor révèle que certaines conditions sont pour cela indispensables. D'autres pistes sont également possibles pour améliorer l'efficacité des politiques de prévention en facilitant l'émergence d'une coopération, et non d'une instrumentalisation, entre tous les acteurs.

3.1 Un partenariat à construire

De nos entretiens, il ressort plusieurs types de partenariats.

Tout d'abord, certains partenariats ont été institutionnalisés avec succès, au niveau national ou dans les Côtes d'Armor. Sur tout le territoire, l'INPES assure l'élaboration et la diffusion de documents de prévention et d'éducation pour la santé avec le concours notamment des CRES et CODES, des associations, des usagers et des professionnels de santé. Ce partenariat est fondé sur le partage des compétences : l'INPES met à leur disposition des supports d'informations, des outils pédagogiques et méthodologiques d'éducation pour la santé. Toujours à l'échelle nationale, les mesures préventives qui ont pour but d'éviter la dégradation de la qualité de l'eau, sont mises en œuvre dans le cadre d'un partenariat entre les DDASS, les Directions départementales de l'agriculture (DDA), les Directions régionales de l'environnement (DIREN), les Conseils Généraux, les associations de consommateurs. Dans les Côtes d'Armor, les principaux financeurs des actions de prévention se sont regroupés au sein du Groupement inter institutionnel de promotion de la santé (GIPSCA)²⁹. Il s'agit de l'Education nationale, de la Protection judiciaire de la jeunesse, du Conseil général, de la CPAM, de la Mutualité sociale agricole, du Service pénitentiaire d'insertion et de probation, de la Mutualité française, de la Caisse d'allocations familiales. Ces acteurs institutionnels avaient déjà l'habitude de travailler ensemble, la mise en place d'une telle structure leur permet d'agir avec plus de cohérence, d'instituer une certaine transparence

²⁹ DDASS Côtes d'Armor

dans l'engagement des financements. De surcroît, ce groupement favorise une plus grande implication, dès lors que l'information sur les projets à conduire est mieux partagée. En dehors de notre champ d'étude, en l'occurrence les Côtes d'Armor, nous avons observé qu'un partenariat efficace s'est construit sur la ville de Rennes. L'exemple de la Maison Associative de la Santé (MAS), créée en 1986, démontre l'intérêt de l'implication de chacun des acteurs dans les dynamiques de partenariat, voire de réseaux. En effet, cette MAS regroupe une quarantaine d'associations qui consacrent leurs activités au service des personnes malades ou handicapées et de leur famille. Ses actions dans le domaine de la prévention du suicide s'inscrivent dans le cadre du PRS « Souffrances psychiques et phénomènes suicidaires ». Un collectif d'associations issues de la MAS organise annuellement depuis 2000 des rencontres citoyennes destinées au grand public et orientées exclusivement sur la thématique du suicide. Les professionnels de la santé (médecins généralistes, psychiatres...) et les représentants de la DDASS participent également au déroulement de ces rencontres citoyennes. Cependant, seuls des acteurs très proches du terrain sont pour l'instant impliqués dans ce projet.

Parallèlement au partenariat institutionnalisé, il existe des réseaux informels, fondés sur des relations entre membres d'une même profession, voire sur des liens d'amitié. Chaque membre de ce « réseau » oriente alors les personnes qu'il rencontre dans le cadre de ses activités professionnelles vers d'autres professionnels, qu'il connaît et estime susceptible de les aider³⁰. Ces réseaux informels fonctionnent bien mieux que ceux que les pouvoirs publics peuvent tenter d'instaurer.

Au regard de ces expériences réussies, certaines conditions sont indispensables au bon fonctionnement de tels partenariats. Toute coopération, quelle qu'elle soit, repose sur le respect, l'égalité et l'équité entre les différents participants. Au travers de nos entretiens, les partenariats les plus réussis sont ceux qui associent des acteurs d'un même secteur, soit des institutionnels entre eux, soit des associations. Plus difficiles à mettre en œuvre, les partenariats faisant intervenir des acteurs d'horizons différents permettent cependant la mise en commun de pratiques professionnelles diverses.

La mise en œuvre des politiques de prévention passe nécessairement par l'instauration d'une démarche transversale entre les acteurs, qui se concrétise par des conventions de coopération plus ou moins formalisées. Le partenariat repose en général sur une motivation forte et des valeurs partagées, une solide expérience du terrain et un réseau socio-professionnel étendu : l'exemple de la charte régionale signée par des associations (SOS Amitié, Lueur d'Espoir, Source...) recrutant des bénévoles pour assurer

³⁰ Dr. Eudier, psychiatre au CHU de Rennes

l'accompagnement des personnes en souffrance psychique, illustre bien cette démarche fondée sur des valeurs éthiques et sur la garantie d'un certain niveau de qualité de l'intervention. Il implique la clarté sur le mode de partage de l'information, de la décision et des modalités de financement. Etant donné l'impact politique de la mise en œuvre des actions de prévention, celle-ci doit se faire au plus près des populations en mettant à leur portée des outils pour changer leurs comportements en vue d'améliorer leur santé. L'introduction du partenariat dans les stratégies de prévention favorise l'expression de la démocratie sanitaire, celle-ci induit inévitablement la participation des professionnels de santé et des populations concernées. La construction d'un partenariat est susceptible de faire l'objet d'une évaluation.

La logique partenariale permet d'atténuer les frontières entre les différents acteurs et favorise une plus grande implication des acteurs locaux intervenant dans les différents champs sanitaire et social, en développant l'émergence d'une culture commune.

Ainsi, l'instrumentalisation, toujours présente, n'est pas contradictoire avec la concrétisation effective des politiques de prévention à tous les niveaux. Des partenariats sont possibles, si les conditions sont favorables. Comment généraliser ces expériences réussies ? Comment améliorer la place de la prévention dans le système de santé en utilisant sa double nature, politique et scientifique, comme un atout ?

222

3.2 La prévention, un volet de santé publique à développer.

Quelques pistes peuvent être proposées pour éviter les difficultés parfois liées à la situation d'instrumentalisation. Elles relèvent de tous les acteurs impliqués et induisent une répartition claire des rôles entre chaque niveau.

3.3 Affichage de la prévention comme une priorité nationale de santé publique

Depuis quelques mois, la prévention est au cœur des choix politiques concernant le système de santé :

- Dans la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 portant sur la qualité du système de santé, le chapitre 4 est consacré à « la politique de prévention », définie comme suit : « Art. L. 1417-1. - La politique de prévention a pour but d'améliorer l'état de santé de la population en évitant l'apparition, le développement ou l'aggravation des maladies ou accidents et en favorisant les comportements individuels et collectifs pouvant contribuer à réduire le

risque de maladie et d'accident. A travers la promotion de la santé, cette politique donne à chacun les moyens de protéger et d'améliorer sa propre santé.

« La politique de prévention tend notamment :

1° A réduire les risques éventuels pour la santé liés aux multiples facteurs susceptibles de l'altérer, tels l'environnement, le travail, les transports, l'alimentation ou la consommation de produits et de services, y compris de santé ;

2° A améliorer les conditions de vie et à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé ;

3° A entreprendre des actions de prophylaxie et d'identification des facteurs de risque ainsi que des programmes de vaccination et de dépistage des maladies ;

4° A promouvoir le recours à des examens biomédicaux et des traitements à visée préventive ;

5° A développer des actions d'information et d'éducation pour la santé ;

6° A développer également des actions d'éducation thérapeutique. »

Cette même loi, dans l'article L.1417-4, crée l'INPES, qui a pour missions :

« - d'exercer une fonction d'expertise et de conseil en matière de prévention et de promotion de la santé ;

- d'assurer le développement de l'éducation pour la santé, y compris de l'éducation thérapeutique, sur l'ensemble du territoire, en tant que mission de service public répondant à des normes quantitatives et qualitatives fixées par décret.

Cet établissement est placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé. Il met en œuvre, pour le compte de l'Etat et de ses établissements publics, les programmes de prévention prévus par l'article L. 1417-2. ».

C'est la première fois qu'une telle place institutionnelle est accordée à un organisme de prévention généraliste.

- En application du Plan National d'Education pour la santé (conseil des ministres, 28/02/2001), la circulaire n°2001/504 du 22 Octobre 2001 définit la méthodologie d'élaboration des Schémas Régionaux d' Education pour la Santé (SRES). Ces SRES ont pour but d'organiser, dans chaque région, avec et pour les populations, un service public d'éducation pour la santé. Leur création témoigne de l'importance qu'accordent aujourd'hui les décideurs à la dimension prophylactique des politiques de santé.

- Enfin, le ministre de la santé affiche clairement sa volonté de mettre l'accent sur la prévention: il déclare« souhaite[r] notamment mettre la prévention au tout premier plan »³¹ .

Compte tenu de l'importance des institutions de l'Etat (DGS, DRASS et DDASS), tant pour leur rôle d'impulsion que pour leur rôle de financeur, l'affichage de la prévention comme priorité nationale par le ministre de la santé est un facteur important de motivation des acteurs locaux.

3.3.1 La volonté de construire une culture commune et enrichie de la prévention

Face à l'émiettement des acteurs et des financeurs et à la diversité des approches qui caractérisent le domaine de la prévention, il semble nécessaire de faire émerger une culture de la prévention qui soit commune aux différents types d'acteurs. Si certains exemples locaux (GIPSCA dans les Côtes d'Armor, MAS à Rennes, Charte associative en Bretagne) montrent que les bases nécessaires à cette culture commune existent, une impulsion nationale permettrait de généraliser ce type d'approche. C'est ce désir de prendre en compte les compétences et les dynamiques locales qui prévaut aujourd'hui dans les orientations politiques, afin de passer de la logique d'instrumentalisation à une logique de coopération plus harmonieuse. Deux éléments témoignent de cette orientation.

D'une part, la circulaire³² qui oriente l'élaboration des SRES souligne la nécessaire articulation entre les actions nationale et locales pour élaborer un programme d'éducation pour la santé. Les actions de communication et d'information ne constituent pas à elles seules un programme éducatif, qui doit se fonder sur des relations humaines, donc des actions de proximité qui permettent un travail d'accompagnement, de cheminement avec les personnes concernées. Cette circulaire insiste sur la nécessaire prise en compte des compétences et dynamiques locales. Cette volonté se retrouve également dans le discours précité de M.Mattéi : « Il faut coordonner les compétences des différents acteurs au niveau national et régional. Ce dispositif doit reposer sur des débats et des consultations indispensables en respectant la légitimité démocratique des élus et le rôle des représentants de l'État et aussi en étant dans la posture de tirer le meilleur parti de ce qui se fait sur le terrain, richesse trop peu exploitée. »

³¹ Discours du 6 Septembre 2002 lors du lancement des consultations régionales pour l'élaboration de la loi de programmation quinquennale en santé publique.

³² Circulaire n°2001/504 du 22 Octobre 2001 relative à l'élaboration des SRES.

D'autre part, le concept de prévention tel qu'il est conçu aujourd'hui se rapproche de celui de promotion de la santé. M.Mattéi souhaite en effet «équilibrer et coordonner les efforts portant sur les soins, la prévention collective et la prévention individuelle, en donnant aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer». Or, cette définition correspond à la promotion de la santé telle que définie dans la Charte d'Ottawa³³. La promotion de la santé est un concept plus large que celui de prévention : elle utilise la prévention et l'éducation pour la santé comme instruments, avec l'ambition d'élaborer une politique de santé de proximité et participative. La prévention que l'on vise aujourd'hui, qui se veut participative, appuyée sur une politique d'éducation à la santé pour permettre une prévention tout au long de la vie et sur les compétences locales (donc à un «empowerment »de la population), correspond donc au concept plus riche de promotion de la santé. La multiplicité des acteurs nécessite une répartition plus claire des rôles de chacun d'entre eux, qui pourrait faciliter le développement d'une véritable coopération.

3.3.2 Propositions d'amélioration des démarches de prévention

- **Pérenniser les financements** : les associations se sentent menacées dans leur fonctionnement par le système du financement par projets, inadapté au temps nécessaire pour mener des actions de prévention. Plus généralement, la pratique actuelle des « crédits fléchés » et des enveloppes annuelles ne permet pas d'assurer la pérennité d'actions qui doivent précisément s'inscrire dans la durée pour être efficaces. M.Mattéi reconnaît que « en matière de santé publique, l'annualité n'est pas adaptée. Il faut la durée, une certaine stabilité pour pouvoir organiser, innover, expérimenter et évaluer ». C'est pourquoi le ministère s'engage aujourd'hui dans le lancement d'une démarche de programmation quinquennale. Quant au financement de la prévention, pourquoi ne pas l'inclure dans une enveloppe pluriannuelle qui concernerait un champ plus large que la prévention pour s'intéresser à l'ensemble des aspects de la prise en charge d'une affection, et ainsi éviter un risque de cloisonnement des actions de santé publique ? Cette enveloppe allouée aux régions pourrait financer tous les types d'intervention (prévention, soins, formation, coordination, action sociale) et servirait ainsi de terrain d'expérimentation pour une gestion par programme.
- **Réorienter l'action des professionnels de santé** : Dans les Côtes d'Armor, l'idée que les activités de prévention et d'éducation pour la santé font partie intégrante des missions des professionnels et des structures de soins dans leur activité normale est déjà bien

³³ Charte d'Ottawa, adoptée lors de la Conférence Nationale pour la Promotion de la Santé en novembre 1986.
ENSP – Module interprofessionnel de santé publique – 2002

présente. Pour accélérer cette évolution des pratiques et des conceptions, il faut sans doute passer par une incitation financière en rémunérant les activités de prévention, avant d'aboutir à une disparition de la coupure historique entre financement des soins et de la prévention. On peut aujourd'hui constater qu'à l'hôpital, le PMSI, base de l'allocation budgétaire, ne valorise pas l'activité de prévention. Quant à la médecine de ville, qui assure une part importante de prévention au cours des consultations, son activité est prise en charge financièrement par l'assurance maladie dans le cadre du paiement à l'acte, mais il n'y a pas de rémunération prévue pour certaines actions de nature collective (notamment pour ce qui relève de l'éducation du patient), pour lesquelles le mode de paiement à l'acte est inadapté. Il faut dans un premier temps envisager des paiements spécifiques de ces activités, avant de les voir se fondre dans une évolution des logiques globales de rémunération des professionnels correspondant à une conception des soins intégrant une prise en charge globale des patients et des démarches plus communautaires. Les progrès de la médecine prédictive devraient faciliter la disparition de la frontière entre soins et prévention.

- **Professionaliser le champ de la prévention.** Trop de professionnels sortent aujourd'hui diplômés sans avoir bénéficié d'enseignement en promotion de la santé. Il paraît nécessaire d'initier à la promotion de la santé, dès leur formation initiale, tous les professionnels concernés (médecins, pharmaciens, personnel soignant, assistantes sociales, enseignants, métiers enseignés à l'ENSP notamment) ; de permettre à tout prestataire de soins d'accéder à des enseignements spécialisés dans ce domaine, en formation initiale ou continue ; de créer des formations universitaires de deuxième et troisième cycles spécialisées en éducation pour la santé par exemple. La promotion de la santé doit également investir le champ de la recherche, pour faire progresser les connaissances théoriques et améliorer les pratiques. La recherche dans ce domaine doit être pluridisciplinaire, ce qui permettra de consolider les liens entre les praticiens et les représentants institutionnels. L'INPES pourrait être l'organisme animateur de cette recherche.

CONCLUSION

Le ministre de la santé a affiché sa volonté de donner à la prévention une place importante au sein du système de santé, en faisant explicitement référence à la promotion de la santé. Celle-ci, en conférant à l'individu un rôle premier dans la prise en charge de sa santé, risque d'en faire le responsable ultime des échecs éventuels. La société ne peut se dégager de sa propre responsabilité. Aussi ces démarches de promotion de la santé doivent-elles s'accompagner de mesures réglementaires permettant de protéger la santé de tous.

La concrétisation des politiques de prévention devrait induire un mouvement de va et vient entre le local, le départemental, le régional et le national, tant pour l'expression des besoins de la population, leur analyse et leur prise en compte, que pour la conception des stratégies d'intervention. Or cela entraîne une interaction des multiples logiques et des intérêts en présence. Les acteurs publics et privés sont amenés à coopérer pour assurer la cohérence globale des interventions mais chacun, fort de sa légitimité, tente d'instrumentaliser ses partenaires. La difficulté tient moins à l'articulation des différents échelons concernés qu'à la capacité des acteurs institutionnels et associatifs de s'approprier les objectifs de l'autre.

Au delà de la place du partenariat comme outil des politiques publiques, la réflexion sur le concept même de partenariat semble essentielle. Cette démarche est en effet largement prônée par les acteurs publics et privés de la prévention sans que son acception soit commune. Ce questionnement conduit à une interrogation plus large sur la signification de la démocratie sanitaire.

ANNEXES

- Une vision de la place des acteurs de la politique de prévention du suicide
- Grille d'entretien
- Glossaire
- Bibliographie
- Liste des sigles
- Liste des personnes rencontrées

GRILLE D'ENTRETIEN

- I- En quoi consiste votre action? Quelles sont précisément vos missions?
Votre rôle?

(Attention peut-être vont-ils évoquer leur définition de la prévention)

- II- Quels sont les principaux thèmes de prévention que vous traitez?
Pourquoi ces thèmes
Comment les détermine-t-on

(Qui décide, d'où viennent les influences?)

- III- Comment ces thèmes sont-ils déclinés en programmes, en actions?
Les partenaires
Le financement
Contenu et moyens (humains et matériels) de ces actions.

(S'intéresser à la forme que prend le programme et pourquoi cette élaboration.
Est-ce une concrétisation possible d'une politique de prévention ou est-ce purement formel? La forme du programme aide-t-elle vraiment à la réflexion sur le projet et à l'action?)

- IV- Etes-vous satisfait de ces politiques de prévention et de leurs modes de concrétisation?
Points positifs et négatifs, obstacles rencontrés, difficultés. Sur quoi, sur le contenu des programmes ou sur la façon de les mettre en œuvre?
La prise en compte de la durée des politiques de Prévention°
Les résultats. Les acteurs se dotent-ils de moyens d'évaluation de leurs actions? Quels sont-ils? Pourquoi ceux là? Sont-ils utiles ou est-ce purement formel (réponse à la tendance actuelle des pouvoirs publics de tout évaluer?)

Là amener l'interlocuteur sur le partenariat, qu'est-ce que c'est? Notamment pour l'administration, est-elle vraiment capable de travailler en partenariat?

- V- S'agissant de l'écoute des besoins de la population, en quoi consiste cette prise en compte, est-elle faite, utile ou purement formelle?

- VI- Selon vous quelle place la prévention est-elle amenée à prendre dans le système de santé à venir?

(Attention c'est peut-être là que l'interlocuteur nous donnera sa conception de la prévention).

DEFINITIONS

Prévention : c'est l'ensemble des actions qui tendent à promouvoir la santé individuelle et collective, c'est à dire : assurer l'intégrité physique, mentale et développer les capacités vitales de chaque personne ; réduire les menaces que font peser sur la personne ses environnements physiques, psychologiques et social, et maintenir les contradictions à un niveau tel qu'elle puisse les gérer sans diminuer ses capacités vitales. Cela implique une dynamique sociale qui renforce les possibilités de chaque personne^①.

Promotion de la santé : ensemble d'actions permettant à une population d'améliorer son état de santé, en dehors de la prévention des maladies et des soins aux malades^②. C'est aussi un processus visant à rendre l'individu et la collectivité capables d'exercer un meilleur contrôle sur les facteurs déterminants de la santé et, de ce fait, d'améliorer leur santé^③.

Education pour la santé : processus d'apprentissage de savoirs (connaissances) et de savoir-faire (aptitudes, compétences) permettant de donner les moyens à un individu ou à un groupe d'exercer un choix par rapport à des comportements de santé^④. Ce n'est [donc] pas tant la transmission de certaines notions, une documentation (...) qu'une intégration des données de l'hygiène dans la vie de chaque jour ; c'est un comportement, une attitude devant la vie^⑤

Partenariat : C'est le fait de mettre en commun des moyens visant à réaliser un objectif commun (...). D'une façon générale, un partenariat d'action ne peut pas se résumer à une association de logiques institutionnelles ou d'intentions communes. Le partenariat d'action nécessite, pour être fonctionnel :

- De partager un projet commun ;
- De rassembler des acteurs susceptibles de mettre en œuvre le projet
- D'identifier et d'associer les compétences nécessaires à sa mise en œuvre.

Dans tous les cas, le partenariat implique (...) de partager une éthique de l'action^⑥.

Notes

① Gremy F., Pissaro B (Propositions pour une politique de prévention, rapport au ministre de la santé. La Documentation Française, Paris, 1982, p.18

② Sourniac J-C (dir)(dictionnaire français de santé publique, Editions de santé, paris 1991, p.264).

③ Glossaire de la promotion de la santé, Société collection promotion de la santé, 1, gouvernement du Québec, Ministère de la santé et des services sociaux, ?, p.22

④ Michaud C. (citation de l'auteur)

⑤ Delore P. (l'éducation pour la santé, Flammarion, Paris, 1942).

⑥ Vers un langage commun en éducation et promotion de la santé. CRES Basse Normandie. Vanves : p.57

BIBLIOGRAPHIE

I- TEXTES JURIDIQUES

- ◆ Charte d'Ottawa sur la Promotion de la Santé, novembre 1986
- ◆ Loi N°2002-303 du 4 mars 2002
relative aux Droits des malades et à la qualité du système de santé.
- ◆ Décret N°2002-639 du 29 avril 2002
relatif à l'Institut National de la Prévention et d'Education pour la santé (INPES).
- ◆ Décret N°2001-1220 du 20 décembre 2001
relatif aux eaux destinées à la consommation humaine à l'exclusion des eaux minérales.
- ◆ Circulaire DGS N° 2001-318 du 5 juillet 2001
relative à la stratégie nationale d'actions face au suicide 200-2002: actions prioritaires pour 2001.
- ◆ Circulaire DGS/SD6C N° 2002-271 du 29 avril 2002
relative à la stratégie nationale d'actions face au suicide 2000-2005 : actions prioritaires pour 2002

II- OUVRAGES

- ◆ « Préservation de la ressource en eau face aux pollutions d'origine agricole : le cas de la Bretagne », Rapport de la Cour des Comptes , février 2002
- ◆ Pour une politique nutritionnelle de la santé publique en France : enjeux et propositions ,édition ENSP, 2000.
- ◆ Programme Régional d' Accès à la Prévention et aux Soins de Bretagne 2001
- ◆ Programme Régional de Santé Bretagne , Souffrances psychiques et phénomènes suicidaires, 1996-2000
- ◆ Souffrance psychique et santé mentale, Bilan et perspectives PRS en Bretagne, DRASS, 2001.
- ◆ Programme national nutrition santé, Ministère de la Santé, janvier 2001
- ◆ Le suicide dans les Côtes d'Armor, Bilan de l'Observatoire Régional de la santé Bretagne, juillet 2002

III-ARTICLES ET REVUES

- ◆ « Questions pour la Prévention », Actualité et Dossier en Santé Publique, n°10, mars 1995.
- ◆ « Côtes d'Armor, le défi de l'eau », Magazine du Conseil Général des Côtes d'Armor, n° 7, 1998.
- ◆ J.CHAPERON, R. CHARDAVOINE et J.B. BRUNET, « Pour une Politique de Prévention », Revue Après-Demain, n° 241-242 février-mars 1982
- ◆ D. NUTBEAN, « Glossaire de la Prévention de la Santé », Québec: Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Santé Société, n°1.
- ◆ F. TULEU, « Quelle Prévention du suicide? », Revue Santé de l'Homme , n° 342, juillet-août 1999
- ◆ Magazine Environnement et Techniques , n° 219, septembre 2002

IV- MEMOIRE

A. COATLEVEN-DENIAU, La légitimité de l'intervention associative dans la Prévention du suicide en ILLE-et-VILAINE , Rennes I, 2002.

V – SOURCES INTERNET

- ◆ « Le suicide en France » Dossier CVotre Santé, n°15 septembre 2002 (lettre d'information bi-mensuelle)
- ◆ www.cfes.sante.fr rubrique « Espace Réseau ».
- ◆ www.sante.gouv.fr
- ◆ www.legifrance.fr
- ◆ www.cg22.fr
- ◆ www.mairie-saint-brieuc.fr
- ◆ www.region-bretagne.fr
- ◆ www.cotes-darmor.pref.gouv.fr
- ◆ www.ccomptes.fr
- ◆ www.orsb.asso.fr

LISTE DES SIGLES UTILISES

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments et Produits de Santé

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation

CAF : Caisse d'Allocations Familiales

CG : Conseil Général

CFES : Comité Français d'Education à la Santé

CHS : Centre Hospitalier Spécialisé

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CLAN : Comité de Liaison Alimentation-Nutrition

CMP : Centre Médico-psychologique

CMU : Couverture Maladie Universelle

CNA : Conseil National de l'Alimentation

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des travailleurs Salariés

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CODES : Comité Départemental d'Education pour la Santé

CRES : Comité Régional d'Education pour la Santé

CRS : Conférence Régionale de Santé

DDA : Direction Départementale de l'Agriculture

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

DGS : Direction Générale de la Santé

DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

DIREN : Direction Régionale de l'Environnement

DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

DSD : Direction de la Solidarité et du Développement

E.N : Education Nationale

ENSP : Ecole Nationale de la Santé Publique

GIPSCA : Groupement Inter-institutionnel de Promotion de la Santé dans les Côtes d'Armor

HCSP : Haut Comité de la Santé Publique

INPES : Institut National de Prévention et d' Education à la Santé

INRA : Institut National pour la Recherche Agronomique

INSERM : Intitut National de la Santé Et la Recherche Médicale

INVS : Institut National de Veille Sanitaire

MIRE : Mlssion Régionale de l'Eau

MSA : Mutualité Sociale Agricole

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PJJ : Protection Judiciaire de la Jeunesse

PMSI : Programme Médicalisé des Sysèmes d'Information

PNNS : Programme National de Nutrition Santé

PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins

PRS : Programme Régional de Santé

RMI : Revenu Minimum d'Insertion

SPIP : Service Penitentiaire d' Insertion et de Prévention

SRES : Schéma Régional d'Education à la Santé

UE : Union Européenne

UMP : Unité Médico-psychologique

PERSONNES RENCONTREES

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE

- Mme RABORD, sous-direction Santé et Société, bureau Santé Mentale
- M. SAOUT, sous-direction Gestion des risques des milieux, bureau Eaux et Aliments
- M. CHAULIAC, sous-direction Pathologies et Santé, bureau du Développement des Programmes de Santé.

INSTITUT NATIONAL DE PREVENTION ET D'EDUCATION A LA SANTE

M. DEPINOY, délégué adjoint.

DRASS de BRETAGNE

MME SUBILO, MISP, chargée du PRS « Souffrances psychiques et phénomène suicidaire » (1996-2000)

M. MARCHAND, ingénieur du génie sanitaire

DDASS des Côtes d'Armor

MME QUITTANÇON, MISP responsable Pôle Santé

MME DENIS, assistante sociale, service de Lutte contre l'Exclusion

MME LEBECHEC, infirmière de santé publique, service Actions de Santé

CONSEIL GENERAL

MME LETORET, chef du service des Actions Médico-Sociales.

CRES BRETAGNE

M. LECORPS, président.

UNION DEPARTEMENTALE DE LA MUTUALITE FRANCAISE

MME RAUHOUT, chargée de mission prévention.

HÔPITAL DE PLOUGUERNEVEL

MME LE BACKER, directrice des soins.

MAISON ASSOCIATIVE DE LA SANTE

MME COATLEVEN-DENIAU, chargée de projets.

ASSOCIATION « VIE ET ESPOIR 2000 »

M. RAOULT, président

HÔPITAL DE PONTCHAILLOU

M. EUDIER, psychiatre